

Année 1929

THESE

POUR LE

N° 318

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Olivier GARAND

Interne des Asiles de la Seine

Né à Paris le 27 Avril 1897

LE SYNDROME CATATONIQUE

EN RAPPORTS AVEC

QUELQUES MALADIES INFECTUEUSES

ETUDE CLINIQUE

Président : M. Henri CLAUDE, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNE

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1929

818

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929
—

THESE

N° —
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

Olivier GARAND

Interne des Asiles de la Seine

Né à Paris le 27 Avril 1897

**LE SYNDROME CATATONIQUE
EN RAPPORTS AVEC
QUELQUES MALADIES INFECTUEUSES**

ETUDE CLINIQUE

Président : M. Henri CLAUDE, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1929

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Anatomie	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	N....
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	H. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN
	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DEL BET
	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVLLAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BIET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGEP	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OLIVIER	Anatomie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHEL Fils	Physiologie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGREGÉS RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
RETTNER	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.	
ALGLAVI	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉRY	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SOEUR

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE
MEMBRE DE L'ACADEMIE DE MEDECINE

*Qui a inspiré ce travail et nous a fait
le grand honneur d'accepter la présidence
de notre thèse. En témoignage de grati-
tude pour sa bienveillance à notre égard
et de respectueux dévouement.*

A NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX ET DANS LES ASILES

A MONSIEUR LE DOCTEUR TRUELLE
Médecin-chef à l'Asile Sainte-Anne

*En le remerciant de ce qu'il nous a
appris et de l'amical intérêt qu'il nous a
manifesté.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RODIET
Médecin-chef à l'Asile de Ville-Evrard

*Qui nous a fait si aimablement béné-
ficiar de son expérience clinique.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT
Médecin-chef à la Maison de Santé de Neuilly-sur-Marne

*Pour ce que nous devons à son
enseignement, à ses conseils éclairés, aux
documents et observations qu'il nous a
communiqués, en gage de notre recon-
naissance et de notre respectueux attache-
ment.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARUK
Ancien chef de clinique des maladies mentales
à la Faculté de Paris

*Qui nous a guidé de ses avis et nous a
donné tant de notes sur les malades fai-
sant l'objet de notre étude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROUSSEAU
Ancien chef de clinique des maladies mentales
à la Faculté de Paris

*Qui dirigea avec une si cordiale indul-
gence nos débuts en psychiatrie.*

CHAPITRE I

HISTORIQUE ⁽¹⁾ - DÉFINITION - PLAN

I. — LES ETATS STUPEUX

AVANT KAHLBAUM

La catatonie, décrite et nommée par Kahlbaum en 1874, est une notion qui dérive de l'observation des états stupeux que connaissaient déjà les auteurs anciens et qu'on désignait depuis Hippocrate sous le nom de « melancolia attonita ».

Ces états ont été très bien vus au xvi^e siècle par Félix Plater, qui distingue trois sortes de stupeur : *sopor in delirio*, *sopor cum stupiditate*, et *stupor remanente motu*, correspondant assez bien à la stupeur avec hallucination et délire, la stupeur mélancolique

(1) Nous avons fait de nombreux emprunts au rapport très documenté de Claus « Stupeur et Catatonie », au Congrès de 1903.

et la stupeur catatonique. Il donne notamment cette description de la forme qui nous occupe :

« Quelques-uns aussi, véritables morts, restent dans la même position, n'entendant rien, ne comprenant rien, insensibles aux piqûres; ils ne mangent que si on introduit la nourriture dans leur bouche, marchent si on les fait marcher, exécutant les mouvements qu'on leur imprime, restant dans l'endroit où on les met. Le ventre et la poitrine seuls fonctionnent, le reste du corps est inerte. »

Un siècle plus tard, Bellini fait un tableau frappant de la « *melancolia attonita* ». Le malade, dit-il, « ne change pas de lieu ni même de place. S'il est debout, il ne s'assied pas; s'il est assis, il ne se lève pas; couché, jamais il ne se dresse sur son lit ni ne remue les pieds. Il ne répond pas quand on l'interroge; il est aussi indifférent aux avertissements que s'il était sourd. Il n'attache aucune attention à ce qui est à la portée de sa vue et de son toucher. Si l'on approche des aliments de sa bouche, il les mange; de l'eau, il la boit. »

Bellini déclare très rare cette forme mentale. Il s'agit, dans le cas cité, d'une stupeur mélancolique, cas différent de la vraie stupidité.

Pinel décrit plus tard la stupeur sous le nom d'idiotisme. « Certaines personnes, dit-il, douées d'une sensibilité extrême, peuvent recevoir une commotion si profonde que toutes les fonctions morales en sont comme suspendues ou oblitérées; une joie ex-

cessive ou une forte frayeur peut produire ce phénomène inexplicable. »

Esquirol donne au mot idiotie sa véritable signification, puis séparant de cet état mental tous les faits de stupeur que Pinel avait confondus avec lui, il les classe dans la démence, créant pour eux une variété spéciale de cette espèce morbide, la démence aiguë.

C'est Georget qui le premier en 1820 sépare nettement la stupidité des autres formes d'aliénation mentale et la définit une absence accidentelle de la manifestation de la pensée, soit que le malade n'ait pas d'idées, soit qu'il ne puisse les exprimer.

Plus tard, Etoc-Demazy considère la stupidité, non pas comme une forme spéciale d'aliénation mentale, mais comme un état particulier survenant à titre de complication dans d'autres formes de la folie, ou dans d'autres maladies. Il admet que la stupidité consiste tantôt dans une simple diminution, tantôt dans la cessation complète des fonctions de la vie de relation, mais ne pense pas que cette distinction soit suffisante pour justifier le classement de ces deux ordres de faits dans deux catégories différentes.

Baillarger, en 1843, pense qu'il existe chez les malades des hallucinations de nature terrifiante ou des conceptions délirantes pénibles et que, par conséquent, la stupidité n'est que le degré le plus avancé de la mélancolie avec stupeur.

Griesinger, qui adopte les idées de Baillarger, insiste sur la fréquence des hallucinations et confond les états de stupeur catatonique avec la mélancolie.

On peut reconnaître dans ses descriptions des formes diverses : confusion mentale, stupeur mélancolique, délire hallucinatoire, catatonie.

Delasiauve, au contraire de ces deux auteurs, reprend la distinction établie par Georget et Etoc-De-mazy et cherche à montrer que les cas où le travail de la pensée persiste à un certain degré doivent rentrer dans la mélancolie (lypémanie), tandis que les faits bien réels dans lesquels il y a absence complète de mouvement intellectuel, suspension momentanée de toutes les facultés, idiotisme accidentel en un mot, selon l'expression de Pinel, méritent seuls de conserver le nom de stupidité et constituent véritablement une forme spéciale de maladie mentale. Il développe cette opinion, faisant une place importante à ce qu'il appelle « les formes stupides ».

Guislain, vers la même époque, classe la stupidité dans le chapitre des démences, mais en faisant observer qu'elle offre de fortes chances de guérison ; il en sépare l'extase, dans laquelle nous pouvons reconnaître la catatonie : « L'action musculaire n'est point affaiblie, mais il y a dans les muscles contractés je ne sais quelle tension tétanique ».

Au moment où vont paraître les travaux de Kahlbaum, on continue en Allemagne à placer la stupidité, soit dans la démence selon Esquirol, soit dans la mélancolie selon Baillarger.

II. — LA CONCEPTION DE KAHLBAUM ET LES CRITIQUES QUI LUI SONT OPPOSEES

Kahlbaum, en 1874, publie une monographie intitulée : Sur la catatonie ou folie de la tension (ou de contracture : *spannung*). Sa description est dominée par le fait qu'il veut créer un pendant à la paralysie générale et il appelle l'attention sur la valeur des symptômes somatiques.

La catatonie, dit-il, a une parenté étroite avec la *melancolia attonita* que l'on a considérée jusqu'à ce jour comme une forme morbide spéciale, quoi qu'elle ne paraisse que rarement d'une façon primitive et qu'elle se présente plutôt à la suite d'une mélancolie simple ou souvent à la suite d'une mélancolie suivie d'un état de manie. Si l'affection ne se termine pas par la guérison, alors la *melancolia attonita* passe à la démence, de telle sorte que le processus morbide démontre quatre stades : mélancolie simple, manie, *melancolia attonita* et démence. Par conséquent, aucune de ces formes ne peut être considérée comme une espèce morbide spéciale, c'est la même affection qui évolue à travers divers stades avec des caractères psychiques différents.

Un ou plusieurs stades peuvent manquer. La durée des stades est variable. Dans la plupart des cas, c'est la stupeur qui persiste le plus longtemps, mais d'ailleurs le passage à la démence se fait insensible-

ment. Certains cas aboutissent à la guérison ou à la mort.

L'affection débute par la mélancolie, laquelle fait place à un état d'excitation maniaque, mélancolique ou délirante (idées de persécution). Ces états d'excitation présentent alors quelques symptômes particuliers à la catatonie, qui peuvent servir à faire le diagnostic, même avant le stade de stupeur. C'est le caractère pathétique, sous forme d'exaltation théâtrale, d'extase tragico-religieuse, que revêtent les paroles et les actes des malades. Ils déclament, et récitent constamment en gesticulant, arrivant souvent même à l'idée qu'ils veulent être acteurs ou qu'ils le sont. C'est dans cette période également que s'observe la verbigération, répétition de mots et de phrases sans aucun sens et sans suite, mais prononcés de la même manière que si le malade faisait un discours. Il faut noter également l'habitude qu'ont ces sujets d'employer des diminutifs.

Puis arrive la période de stupeur, caractérisée surtout par des phénomènes de négativisme (mutisme, refus de manger, de s'habiller, etc.). Le mutisme peut être absolu ou relatif, il peut être aussi intermittent; tantôt il est volontaire et dû à la crainte causée par une idée délirante ou une hallucination, tantôt il est involontaire et résulte de l'absence d'idées et de l'incapacité d'attention, tantôt enfin il demeure inexplicable. En effet, pendant cette période, il peut y avoir absence d'idéation, arrêt de la pensée ; il peut y avoir également comme dans la mélancolie des

idées délirantes avec hallucinations. Il peut s'agir d'idées de grandeur, de naissance illustre, ou bien d'idées dépressives. De temps en temps, il semble s'agir d'idées assez gaies, du moins si l'on en juge d'après le rire qu'on constate par instants chez certains malades ; les idées religieuses et érotiques sont enfin très fréquentes.

Le catatonique reste au lit, refuse la nourriture par peur du changement et du mouvement, mais généralement sans raison, délirante ou non. A la stupeur peut faire suite un état de confusion qui se termine le plus souvent par la démence.

Kahlbaum attache une très grande importance aux symptômes somatiques : « Je veux tenter de décrire un tableau clinique dans lequel il y a certains symptômes somatiques et à l'occasion musculaires d'une grande fréquence comme dans la P. G., accompagnant des phénomènes psychiques et, ici comme là, ayant une importance considérable pour la constitution de toute la maladie. »

Parmi ces symptômes, il cite toutes sortes de grimaces, en particulier la tendance à allonger la bouche en museau, des gestes stéréotypés, des attitudes singulières, la *flexibilitas cerea*, des convulsions épileptiques, hystériques, choréiques, tétaniques. Il note que ces convulsions remontent quelquefois jusqu'à l'enfance.

La catatonie pourrait, d'après lui, se rencontrer à tous les âges, mais c'est dans l'adolescence qu'elle est le plus fréquente. Il distingue des formes simples

et graves et, dans les exemples qu'il cite — et c'est là un point faible de son argumentation — il y a des cas tellement simples que tous les phénomènes qu'il décrit comme caractéristiques font absolument défaut.

Comme causes occasionnelles, il cite le surmenage et toutes celles habituellement indiquées. Il parle également d'une catatonie épidémique, faisant allusion aux convulsionnaires de Saint-Médard, faits qui, d'après Séglas et Chaslin, devraient être rapportés à une contagion hystérique.

Il signale l'importance et la fréquence excessive de la tuberculose pulmonaire et péritonéo-intestinale à l'autopsie des catatoniques, et il oppose cette fréquence à la rareté de ces lésions dans les autres maladies mentales. Il l'oppose également à la prédominance de la pneumonie dans la paralysie générale.

Il arrive enfin à cette définition: « La catatonie est une maladie cérébrale à marche cyclique variable, au cours de laquelle les symptômes psychiques présentent successivement l'image de la mélancolie, de la stupidité, de la confusion et enfin, comme phase terminale, de la démence. Une ou plusieurs de ces phases psychiques peuvent faire défaut, mais à côté d'elles apparaissent, comme symptômes réels, des manifestations du système nerveux moteur présentant les caractères généraux de la contracture. »

La communication de Kahlbaum passe presque inaperçue. Seuls publient quelques cas de catatonie Brosius, Kiernan et Hecker. Ce dernier, au congrès

de Hambourg, en 1876, met en avant la valeur de pronostic de la conception de son maître : « Lorsqu'un cas de catatonie se développera ultérieurement, nous faisons le diagnostic d'avance, et rarement, très rarement, nous nous trompons. »

Mais l'attention est attirée à ce moment par un autre débat et la communication que fit Westphall à ce même congrès eut un retentissement énorme et fut peut-être la cause pour laquelle les aliénistes allemands paraissent avoir négligé le travail de Kahlbaum. Westphall décrit la paranoïa primitive ayant comme caractéristique un trouble primitif de l'intelligence se traduisant surtout par une perception et une élaboration anormales des impressions venant de l'extérieur et de l'intérieur, et pouvant évoluer d'une façon aiguë ou chronique. C'est dans la paranoïa que Westphall incorpore la catatonie.

En 1880, Schule dénie également à la catatonie la valeur d'une entité morbide et considère les symptômes moteurs « comme signifiant simplement que le processus cérébral organique intéresse plus profondément la nutrition et la vie moléculaire des cellules psychiques. Il la range dans la paranoïa, la définissant « un type clinique particulier du délire systématisé aigu avec hallucinations, et caractérisé par le fait qu'on voit se produire une raideur musculaire, durable ou intermittente, en même temps que la conscience, remplie par les hallucinations et les illusions, est plus ou moins fermée aux perceptions extérieures. »

Meynert, en 1890, place la catatonie dans la confusion mentale et Wernicke, en 1900, dans les psychoses de motilité.

En France, Séglas et Chaslin s'élèvent contre la notion de la catatonie en tant qu'entité morbide. La stupeur, ainsi que les phénomènes catatoniques, sont considérés par ces auteurs comme non pathognomoniques et pouvant se rencontrer dans d'autres états psychopathiques. D'autre part, la marche de la prétendue maladie ne présente pas du tout le caractère de fixité que lui attribue Kahlbaum. La dépression ou l'hypocondrie se voient au début de toutes les vésanies ainsi que l'exaltation. En un mot, « nous pourrions répéter en substance à propos de la catatonie ce que disait autrefois M. J. Falret à propos de la catalepsie, que, dans la description de cette affection, on a réuni des faits plus ou moins dissemblables à divers points de vue et qu'on a plutôt fait l'histoire d'un symptôme, ou mieux d'un syndrome, que d'une maladie véritable. Considérant d'ailleurs qu'au point de vue somatique le phénomène prédominant est la présence des troubles du système nerveux moteur, au point de vue psychique l'état de mélancolie plus ou moins profonde, le reste (symptômes et marche) n'ayant rien de spécial, nous pensons que jusqu'à nouvel ordre, la catatonie doit être rattachée à la stupeur simple ou symptomatique dont elle ne serait qu'une variété en rapport plus étroit avec un terrain dégénératif et plus particulièrement hystérique. Nous ajoutons d'ailleurs que cette con-

clusion n'est pas une explication, mais c'est la seule opinion qui nous paraît pouvoir être formulée dans l'état actuel de la science. »

De même, en Russie, Serbsky publie un mémoire très complet qui est une critique des plus sévères des idées de Kahlbaum. Il passe en revue les différents symptômes de la catatonie et dit qu'on les rencontre, soit isolés, soit dans leur ensemble, dans les psychoses aiguës (*dementia acuta*, *amentia acuta* ou *confusion*, *paranoïa acuta*, *melancolia acuta*) et dans les psychoses chroniques (*paranoïa chronique*, *paralysie générale*, *psychose périodique*, *psychose hystérique*, *démence secondaire*). Il nie la marche cyclique de l'affection et fait observer que la physiologie pathologique fait également défaut.

Lemaître, en 1895, publie une thèse dans le même sens, et conclut que les états cataleptiques peuvent se développer dans la plupart des maladies mentales et que la catatonie de Kahlbaum n'existe pas.

Roubinovitch se range aux idées de Serbsky.

En même temps ont surgi en Allemagne les discussions qui aboutirent à la conception de la *démence précoce* dans laquelle Kraepelin fera entrer la catatonie. Mais il nous faut faire un retour en arrière, car la description de l'hébéphrénie comme entité morbide est antérieure à celle de la catatonie.

III. — LA DEMENCE PRECOCE

ET L'HEBEPHRENIE

Les auteurs anciens avaient depuis longtemps remarqué que des sujets, après une floraison intellectuelle plus ou moins complète, subissaient une atteinte morbide qui, très rapidement, les enrayait et les anéantissait mentalement.

On trouve déjà dans Willis, en 1672, au chapitre de la « stupidité ou morosité », un passage relatif aux jeunes gens qui, d'esprit vif et alerte, parfois même brillant dans l'enfance, tombent à l'adolescence dans l'obtusion et l'hébétude.

Pinel (1809), dans son chapitre de l'idiotisme, et Spurzheim (1818), sous le nom d'idiotisme accidentel, décrivent des cas de cette maladie.

En 1814, Esquirol décrit sous le nom de démence chronique un état dementiel consécutif à la lypémanie, à l'hypocondrie, à la manie, à des écarts de régime. Malgré la confusion d'entités morbides différentes, notamment de cas de paralysie générale, il nous montre certains malades chez lesquels le négativisme, la stupeur, l'apathie, les stéréotypies, la verbigération, les attitudes spéciales avaient déjà attiré son attention. Enfin, sous le nom d'idiotie accidentelle ou acquise, il décrit des cas qui paraissent rentrer dans la forme simple de l'affection. « Quelquefois, dit-il, les enfants naissent très sains, ils

grandissent en même temps que leur intelligence se développe, ils sont d'une grande susceptibilité, vifs, irritables, colères, d'une imagination brillante, d'une intelligence développée. L'esprit est actif; cette activité n'étant pas en rapport avec les forces physiques, ces êtres s'épuisent vite, leur intelligence reste stationnaire, n'acquiert plus rien et les espérances qu'ils donnaient s'évanouissent. C'est l'idiotie accidentelle ou acquise. »

Christian a en vue les mêmes malades lorsqu'il dit: « Tel au printemps un arbre chargé de fleurs promet les plus riches récoltes, tout d'un coup, la sève tarit, les fleurs se flétrissent et tombent sans avoir été fécondées; il ne reste qu'un tronc desséché, à jamais stérile. »

Mais c'est Morel qui, de 1857 à 1860, donne les meilleures descriptions de démence précoce dans le chapitre où il traite « des folies héréditaires à existence intellectuelle limitée avec transition à l'idiotisme le plus irrémédiable sous l'influence de certaines causes intercurrentes. » Parlant même d'un jeune séminariste devenu « idiot dans la plus complète acception du mot », il ajoute : « Je ne sais en vérité quel nom donner à l'état mental de certains individus que j'ai pu observer et qui, après avoir passé par tous les degrés de la mélancolie avec débilité progressive de l'intelligence, sont tombés ultérieurement dans l'idiotisme le plus irrémédiable ». Morel paraît avoir bien vu les symptômes caractéristiques de la catatonie, la suggestibilité, la stéréo-

typie des attitudes, des gestes, du langage, les grimaces et tics bizarres, le négativisme, qu'il appelle d'un mot bien approchant, le nihilisme, et aussi la manière étrange de marcher, qu'il compare chez une de ses malades « à celle de certains automates mûs par un ressort » et chez une autre « aux bonds d'un jeune animal échappé qui recouvre soudainement sa liberté. » Morel rangeait l'affection qu'il décrivait dans le cadre et dans le chapitre de la stupidité.

En 1863, Kahlbaum donna la description d'une maladie qui apparaissait au moment et sous l'influence de la puberté. Il décrivait cette « paraphrenia hebetica » comme faisant partie du groupe des paraphrénies, affections mentales qui se développent à certaines périodes physiologiques, telles que la puberté et la sénilité (paraphrenia senilis). Ce fut d'après ses indications que son élève Hecker décrivit, en 1871, son Hébéphrénie, qu'il définit comme une maladie « qui se distingue par une évolution tout à fait propre et une série de symptômes particuliers des diverses formes psychopatiques que l'on peut rencontrer également dans la puberté. C'est une affection mentale qui débute à l'époque de la puberté, se manifeste par des alternatives ou une succession d'accès de manie et de mélancolie et marche rapidement vers la démence. »

C'est peu de temps après, en 1874, que parut la Monographie de Kahlbaum, sur la Catatonie.

IV. — LA CATATONIE ET LES IDEES

DE KRAEPELIN

Quelques auteurs déjà, Brosius, Fink, Sommer, Aschaffenburg, avaient tenté de rapprocher la catatonie et l'hébéphrénie, mais c'est Kraepelin qui expose la première fois, en 1899, la notion de démence précoce, réunissant sous ce titre la catatonie, l'hébéphrénie et la démence paranoïde. Sa conception de la catatonie devient alors très différente de celle de Kahlbaum; il nie les stades successifs qu'avait décrits ce dernier et dit simplement que la catatonie se manifeste par des états primaires d'excitation accompagnés d'idées délirantes confuses avec quelques troubles sensoriels et des manifestations de la stéréotypie et de la suggestibilité, les mouvements expressifs et les actions évoluant vers la stupeur, plus tard vers la faiblesse d'esprit. A partir de ce moment, la catatonie perd de son intérêt propre et son étude se confond avec celle de cette entité nouvelle, la démence précoce.

Quelques auteurs défendent bien la conception de Kahlbaum, mais les idées de Kraepelin tendent à prévaloir.

Récemment, MM. Claude et Baruk ont attiré à nouveau l'attention sur le syndrome catatonique pur (catatonie périodique) qui correspond aux formes qu'avait décrites d'abord Kahlbaum.

Divry, dans le rapport au Congrès de 1928, réduit la catatonie au syndrome moteur.

Au cours de notre travail, nous n'aurons pas à discuter la valeur de la catatonie en tant que maladie, non plus que la place qu'il convient de lui accorder comme forme de la démence précoce.

Notre étude portera sur la catatonie-syndrome ; il convient donc d'en définir rapidement les principaux éléments selon les conceptions classiques.

V. — LES ELEMENTS DU SYNDROME CATATONIQUE

Sous l'influence des idées de Kraepelin, la catatonie s'est trouvée confondue avec des symptômes qui appartiennent aux états d'affaiblissement psychique du type de la démence précoce. Comme nous nous proposons d'étudier la catatonie en tant que syndrome au cours de diverses infections, nous devons revenir à une conception moins extensive, se rapprochant d'ailleurs davantage de celle de Kahlbaum.

Les éléments essentiels du syndrome sont la suggestibilité et le négativisme qui, bien qu'opposés dans leur forme, sont au fond des manifestations de même ordre, et traduisent la passivité.

La suggestibilité est définie par Deny et Roy « une tendance générale à adopter toute sollicitation venue de l'extérieur. » Le malade obéit aux ordres oraux, même les plus absurdes, sans demander aucune

explication. Parfois même, comme l'a montré Mas-selon, il suffit d'écrire un ordre pour que le malade l'exécute immédiatement. Dans certains cas, la suggestibilité va jusqu'à une imitation complète : les malades répètent les mouvements, c'est l'échopraxie ; les paroles, c'est l'écholalie ; les expressions de visage, c'est l'échomimie. Le phénomène de la poussée, dans lequel le malade répond par quelques pas à l'impulsion qu'on lui donne, puis s'immobilise, est de même ordre. Dans les mouvements et attitudes qu'on lui impose, le sujet montre la même docilité : cataleptique (1), il garde indéfiniment ses membres dans la position où on les place ; s'il présente de la flexibilité cireuse, il se laisse manœuvrer comme un mannequin articulé ; enfin, il continue parfois assez longtemps les mouvements qu'on lui a imprimés.

Le négativisme est, pour Séglas, le phénomène saillant, capital de la catatonie. Kahlbaum le définit « une tendance permanente et instinctive à se raidir contre toute sollicitation venue de l'extérieur. » Il comporte une opposition active du malade aux changements de position ou d'attitude, opposition qui augmente proportionnellement à la force qu'on exerce sur lui. Dans des formes atténuées, il se mani-

(1) Certains auteurs ont tendance à attribuer une importance excessive à la catalepsie, qui devient même parfois pour eux synonyme de catatonie, alors qu'elle est un phénomène assez banal qu'on trouve dans des états très divers. Il est vrai que, pour d'autres, la catalepsie serait à différencier de la simple suggestibilité et s'expliquerait par un état particulier du système neuro-musculaire.

feste par la contrainte, la gêne, la lenteur que l'on remarque dans toutes les manifestations de l'activité.

Dans les cas nets, le malade n'exécute aucun ordre, ne parle pas, ne fait aucun mouvement. Il résiste même à ses propres besoins, refusant de manger, laissant s'écouler la salive de sa bouche, retenant ses matières et ses urines aussi longtemps qu'il lui est possible. Parfois, certains malades, non seulement s'opposent à ce qu'on leur demande, mais font exactement le contraire. On peut noter aussi des coïncidences du négativisme et de la suggestibilité motrice. Ainsi, une de nos malades (observation IV) présentait en même temps de la flexibilité cirreuse aux membres supérieurs, et du négativisme, avec résistance augmentant selon la force qu'on déployait, aux membres inférieurs et au niveau des paupières, qu'il était impossible de soulever.

A côté de ces deux éléments essentiels, on décrit, dans le syndrome catatonique, les stéréotypies, le maniérisme, puis la stupeur et l'agitation. Les stéréotypies d'attitudes sont des plus variables. Les plus caractéristiques consistent en attitudes cataleptiformes et attitudes fœtales ou en chien de fusil. Les stéréotypies de la mimique sont une forme des stéréotypies d'attitudes, le malade conserve indéfiniment la même expression, parfois grimaçante ou accompagnée de tics divers. Les stéréotypies de mouvement se manifestent dans les gestes, les écrits, les paroles des malades ; la verbigération en est une

forme. Les stéréotypies ne sont d'ailleurs pas absolument caractéristiques de la catatonie, on les trouve également dans l'hébéphrénie et dans d'autres états mentaux.

Il en est de même du maniérisme, qui se traduit par des façons bizarres ou affectées, dans la marche, la parole, parfois dans tous les actes, même ceux de manger et de boire.

Enfin, la stupeur et l'agitation, qui alternent souvent, n'ont en elles-mêmes rien de pathognomonique et ne prennent de valeur qu'associées aux autres symptômes catatoniques.

VI. — LE SYNDROME CATATONIQUE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES

Certains auteurs, établissant dès le début, comme nous l'avons vu, une distinction entre la catatonie et les symptômes catatoniques, avaient déjà trouvé ces derniers dans la paralysie générale, où ils se sont montrés par la suite assez fréquents, ainsi que dans la syphilis cérébrale. D'autres les signalaient au cours de toxi-infections.

Dufour cite trois fois la catalepto-catatonie dans la typhoïde. Nous étudierons plus loin ses observations.

Régis et Lalanne, en 1901, font la relation d'un cas de catatonie avec insuffisance rénale.

Brissaud cherche à établir les rapports des états cataleptoïdes avec l'urémie.

Bauer signale la coïncidence des attitudes cataleptoïdes et des rythmes de Cheyne-Stokes.

Latron constate l'état cataleptique comme symptôme au cours de la plupart des infections et des intoxications : alcoolisme, saturnisme, goutte, urémie, rachitisme, pneumonie, typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, tuberculose, fièvre intermittente, méningite, où il coexiste avec des phénomènes de dépression et de stupeur.

Régis, plus tard, en même temps qu'il étudie les phénomènes catatoniques au cours de diverses infections et intoxications, développe sa théorie tendant à rapprocher la démence précoce de la confusion mentale chronique.

Depuis, la catatonie a été souvent observée au cours de la typhoïde, de la grippe, de la fièvre récurrente (Porot), du paludisme, de la tuberculose, de l'infection puerpérale. Enfin, récemment, dans l'encéphalite épidémique, on a pu constater soit des phénomènes catatoniques transitoires, soit de véritables syndromes catatoniques simulant la démence précoce, susceptibles d'ailleurs de guérir après un temps plus ou moins long ou pouvant passer à la chronicité.

Nous nous proposons de noter d'abord rapidement les phénomènes catatoniques au cours de quelques infections aiguës : typhoïde, grippe, infection

puerpérale. Puis — et c'est là la partie la plus importante de notre travail — nous étudierons le syndrome catatonique dans la syphilis cérébrale et la paralysie générale. Nous citerons aussi quelques observations au cours d'une autre affection chronique, le paludisme. Enfin, nous verrons quels sont, au point de vue clinique, les rapports entre la catatonie ou l'hébéphrénocatatonie et l'encéphalite épidémique.

Quant à la tuberculose, au cours de laquelle les états catatoniques ont été souvent signalés (1), nous laisserons de côté son étude, car la fréquence, la banalité de cette affection, l'absence de réactions biologiques ayant une réelle valeur, exigeraient une très grande abondance de documents cliniques extrêmement précis. Et d'autre part, nous craindrions de voir dévier notre sujet vers l'étiologie de la démence précoce, car les observations signalées concernent le plus souvent de véritables hébéphrénocatatoniques caractérisés.

(1) Claude et Rose (Revue Neurologique, 1908) publient l'observation très complète d'une malade chez laquelle, au cours d'une tuberculose, est apparu un syndrome confusionnel avec manifestations catatoniques : immobilité, négativisme, flexibilité cireuse, attitudes cataleptiques, stéréotypes, suggestibilité.

A l'autopsie, on trouve une tuberculose fibro-crétacée, des lésions de méningite scléreuse avec petites hémorragies, des altérations des cellules pyramidales et des cellules polymorphes.

Les auteurs concluent à une psychose toxi-infectieuse d'origine bacillaire et rapprochent ce cas de la confusion mentale chronique de Régis.

CHAPITRE II

TYPHOÏDE

Le mot *tuphos* (fumée) employé par Hippocrate pour désigner des états de torpeur ou de stupeur, traduit bien l'obnubilation que l'on observe au cours de l'affection de ce nom.

Il n'est pas de maladie, en effet, où les troubles confusionnels ou délirants soient plus fréquents et plus capables de se manifester à toutes les périodes.

Parfois ils peuvent être les premiers signes et apparaître avant l'ascension thermique (Remlinger, Courtois-Suffit, Porot).

Ils sont fréquents pendant la période fébrile, soit au début, soit à la période d'état ; ils dominent même dans certains cas le tableau clinique : c'est le *cérébro-typhus* des anciens auteurs.

Enfin, les troubles mentaux post-typhiques, mieux connus, peuvent survenir soit durant la convalescence, soit plus ou moins longtemps après, et constituer de véritables psychoses susceptibles de

passer à la chronicité, ou laisser un affaiblissement définitif.

Max Simon déjà, en 1844, s'élève contre l'opinion d'Esquirol, selon lequel « le délire qui succède aux fièvres de mauvais caractère ne doit pas être confondu avec l'aliénation mentale. » Le plus ordinairement, dit-il, c'est dans les premiers jours de la convalescence de la typhoïde que se manifestent les symptômes de la folie, et « cette altération de l'intelligence se lie si bien à l'état du cerveau qui a produit le délire fébrile que, dans quelques cas, celui-ci semble se continuer dans l'ordre d'idées fausses qui caractérise le délire apyrétique ».

Plus tard, Marcé, en 1862, attire l'attention sur le délire ambitieux et Delasiauve, en 1864, sur l'obtusion.

Régis, après lui, insiste sur la confusion, « la pseudo-démence ». C'est en effet, la maladie infectieuse à la suite de laquelle l'amnésie est le plus profonde et la diminution du niveau mental le plus persistante.

Il est à prévoir que l'on pourra observer, au cours d'une maladie dans laquelle semblent prédominer la stupeur et l'obtusion, des phénomènes catatoniques. Ils ont été signalés, en effet, pendant la période fébrile comme dans les psychoses consécutives.

Au cours de la période aiguë, Bernheim cite plusieurs cas de catalepsie et considère le fait comme fréquent.

Dufour, en 1900, publie trois observations de

« catalepto-catatonie ». Dans un cas, il y a « attitudes cataleptiques des quatre membres qui maintiennent la position qu'on leur imprime. Cet état dure quelque jours. » Chez une seconde malade, l'auteur a noté au dix-septième jour « une stupeur profonde avec signes cataleptiques pendant trois jours aux quatre membres ». Une troisième observation est plus caractéristique ; nous la donnons ici (1).

OBSERVATION I

Jeanne G., âgée de 17 ans, est au milieu du deuxième septénaire de la dothiéntérie. Sa température oscille entre 39° et 40° ; les signes pulmonaires sont très intenses. Elle est dans la prostration, mais cependant entend, comprend et répond aux questions qu'on lui pose. Sauf la stupeur, il n'y a pas d'autres manifestations nerveuses s'extériorisant spontanément.

Si l'on soulève un bras et qu'on l'abandonne dans une position, même fatigante à garder, surtout pour une typhique, (demi-extension du bras sur l'épaule, demi-flexion de l'avant-bras sur le bras), il ne retombe pas après qu'on l'a abandonné. Le même phénomène se reproduit de l'autre côté. Il existe également au niveau des membres inférieurs.

(1) Dufour. Catalepto-catatonie au cours de la typhoïde. Revue Neurologique, 15 novembre 1900. Observation I.

Dans la station debout, Jeanne G... prend et garde longtemps (les séances ont été abrégées par suite de l'état général) toutes les attitudes que l'on imprime aux membres, au corps, à la tête, aux paupières (position de la prière, de l'extase, de la colère, etc.). On a affaire à un mannequin.

Ces mêmes positions ou attitudes sont prises, maintenues ou perdues au commandement. Il suffit de dire à G... : « Levez le bras, tirez la langue », pour qu'aussitôt l'exécution suive l'ordre donné et s'y maintienne. La passivité cérébrale de Jeanne G... est absolue : je lui dis de me suivre à travers la salle, elle me suit, en chemise, malgré ses 39° de température ; je lui dis de se coucher, elle se couche ; de rire, elle rit ; de pleurer, elle pleure. Je suis obéi aveuglément sans discernement.

C'est là tout le syndrome cérébral de Jeanne G... : flexibilité cireuse, attitude cataleptique provoquée par un ordre ou une position donnée passivement, stupeur. G... n'a pas de délire ; elle répond convenablement aux questions ; spontanément elle se plaint de tousser. Elle n'a aucun stigmate hystérique tel qu'hémianesthésie, hyperesthésie ovarienne, signes oculaires, etc. Cet état dure cinq à six jours et disparaît complètement dès que la fièvre commence à descendre.

Dans les antécédents de G..., on note que sa mère a eu une attaque d'éclampsie et qu'un de ses frères est mort idiot.

Ajoutons qu'on pouvait chez cette malade pro-

voquer l'automatisme avec mouvements reproduits et continus. Elle exécutait un pied de nez et agitaient les doigts de façon ininterrompue jusqu'au moment où il nous plaisait de les arrêter.

Au cours des troubles mentaux consécutifs à la typhoïde, des phénomènes catatoniques ont été également notés. Hecker en relate notamment un fait. Régis, insistant sur l'obtusion, dit que la stupeur de l'intelligence se reflète sur le visage de ces malades, dont le regard paraît hébété et qu'à cet état peuvent se joindre parfois de la catalepsie symptomatique et de la catatonie.

Mais la typhoïde peut-elle laisser derrière elle des séquelles mentales capables de réaliser des aspects cliniques voisins de ceux de la démence précoce catatonique ?

Nous donnons ici, en faisant les réserves qu'il convient, l'observation d'un malade chez lequel il semble qu'on puisse émettre l'hypothèse d'un rapport entre les troubles mentaux et l'infection qui les a précédés.

OBSERVATION II (1)

Début des troubles en 1924 après une typhoïde. — Deux rémissions partielles ayant permis la sortie. — Au cours du deuxième internement, en 1927, syndrome catatonique complet. — Actuellement aspect clinique de dément précoce.

Marcel M..., âgé de dix-huit ans, entre dans le service le 1^{er} juillet 1926. Le certificat est ainsi rédigé :

Hébéphrénie, agitation incoordonnée, tentatives puériles de suicide, indifférence, chiffonnage, éclats de rire, stéréotypies motrices.

Renseignements donnés par la mère du malade.

Le 4 janvier 1924, le malade a eu la typhoïde ; il a été soigné à l'hôpital Claude-Bernard, du 4 janvier au 6 mars. La mère ne se rappelle pas qu'il ait eu des complications. Il partit ensuite en convalescence jusqu'en avril.

A son retour, il reprit ses études à l'Ecole Turgot, où il travailla très bien, paraissant tout à fait normal.

Pendant l'été suivant, il eut un petit accident : en voulant couper du bois, il se blessa au pied avec une hache. Il eut une grosse émotion, mais guérit assez vite.

(1) Due à MM. Claude et Baruk.

En octobre 1924, à la rentrée des classes, il paraissait bien ; le premier mois, il eut de très bonnes notes ; c'était d'ailleurs un excellent élève. Mais le mois suivant, on nota un certain fléchissement dans son travail : sa mémoire était moins bonne ; l'enfant le constatait et se décourageait beaucoup. A l'occasion d'une composition où il avait moins bien réussi, il annonça à ses parents sa résolution d'interrompre ses études : il avait alors 15 ans et demi.

Il entra au Comptoir d'Escompte le 1^{er} janvier 1925, après avoir passé avec succès un petit examen. Il y resta jusqu'au 21 mai 1926.

Deux ou trois mois avant son départ du Comptoir d'Escompte, il commença à changer de caractère : il était triste, découragé, ne prenant plaisir à rien, disant : « C'est cela la vie », par moments, très irritable, surtout avec sa mère, lui disant que « c'était de sa faute s'il était comme cela ». Cependant, il restait très affectueux avec ses parents, leur demandant pardon de ses moments d'irritabilité.

Le 21 mai 1926, il devait passer un examen pour être commissionné au Comptoir d'Escompte. La veille, il était extrêmement énervé, inquiet. Il refusa d'aller à l'examen, et brusquement demanda 200 francs à sa mère pour partir immédiatement chez ses grands-parents dans les Landes ; il était très agité, inquiet. Il eut une crise nerveuse : il sautait sur le lit, s'agitait, avait une voix enrouée, disait qu'il avait une boule qui l'étouffait, etc. Il n'eut aucune perte de connaissance. Le D^r L... fut alors appelé : peu

de temps après son départ, l'enfant déchira l'ordonnance qu'il venait de faire.

Les jours qui suivirent cet incident, le malade resta inerte, ne bougeant plus, ne parlant plus, ou seulement à voix basse, refusant la nourriture sous prétexte qu'elle était empoisonnée.

Sur ces entrefaites, il fut envoyé à l'Hôtel-Dieu, le 23 mai 1926 ; il en sortit le 2 juillet, et entra à Sainte-Anne.

Antécédents.

Rien d'anormal à la naissance, ni dans l'enfance. Pas de convulsions. A parlé et marché à l'âge habituel. Rougeole. En 1919, il eut la grippe : il avait alors 11 ans. Pas d'encéphalite.

Caractère habituel : calme, peu communicatif, mais avait de nombreux camarades et s'entendait très bien avec eux. Il alla à l'école à partir de six ans ; c'était un excellent élève, toujours bien noté. Il était très doux, très affectueux avec ses parents, très docile.

Une sœur de 25 ans, mariée, très bien portante, et qui a trois enfants bien portants.

Pas d'autres enfants, pas de fausses couches.

Mère bien portante.

Père bien portant.

Renseignements donnés par le D^r L....

Début après une typhoïde, il y a trois ou quatre ans, très forte typhoïde avec gros tufos.

Il fut d'abord soigné par le D^r Li..., puis envoyé

à l'hôpital Claude-Bernard. Il resta trois à quatre mois très malade.

Peu de temps après sa sortie de l'hôpital, apparurent quelques troubles de la mémoire. A l'École Turgot, où il était un très brillant élève, il réussit moins bien; il en fut ennuyé et très affecté. Un jour, interrogé par le maître, il ne put répondre : son amour-propre en fut blessé. Il refusa alors de retourner en classe et cessa ses études (1).

Il entra dans un établissement de crédit, où il travaillait bien, mais était un peu bizarre : il causait peu, restait à l'écart. Peu à peu, il devint déprimé, ne parlant plus, demeurant des heures entières sans bouger. Il fut envoyé à l'Hôtel-Dieu, puis à Sainte-Anne.

Le 3 Juillet 1926.

Le malade dit qu'il travaillait au Comptoir National d'Escompte, à l'Inspection générale ; il s'occupait de l'expédition des pièces et gagnait 15 francs par jour. Il ne travaille plus depuis le 23 mai 1926.

Barrages. Silences au milieu des réponses.

Il ne peut dire pourquoi il a cessé de travailler. Il est entré à l'Hôtel-Dieu le 23 mai, pour maladie des nerfs. Ce sont ses parents sans doute qui l'ont placé à l'Hôtel-Dieu.

Inconscience de sa maladie.

(1) Voir à la fin de l'observation la lettre écrite en cette occasion à un professeur.

Désorientation dans l'espace : « Ici? ... Asile d'aliénés. »

Bien orienté dans le temps. Mémoire conservée.

Mimique : Grimaces, stéréotypies. Se mord les lèvres.

Langage : maniérisme, accent étranger. Parle à voix chuchotée par intervalles. Phrases en suspens.

Le malade, muni de son certificat d'études à 13 ans, a obtenu une bourse pour l'Ecole Primaire Supérieure, et a passé deux examens avec succès.

Interrogé sur le motif de l'internement, il répond :

« Il y a un rien qui vient s'intercaler. »

« C'est l'instinct de conservation. »

Il reconnaît s'être agité dans le service à l'Hôtel-Dieu :

« C'est l'amour-propre qui était blessé. »

Il fait correctement une addition, une soustraction et une règle de trois simple.

« Il y a toujours ce rien (qui l'empêche de travailler). Il y a différents esprits qui meurent : l'esprit des siècles, l'esprit égyptien. Cela peut faire vivre, cela ! quand j'ai la tête vide, quelque chose meurt, c'est un vent ; ça me met à mon état normal. Tout est en rapport, c'est vague, il le faut. Leibnitz a dit : Tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes. Il a dit aussi bien des choses qui ont été critiquées par Voltaire. Il savait cela par le Larousse ; ça se peut très bien. »

Sourires.

« Etes-vous malade? — Je ne m'en aperçois pas. »

Le certificat immédiat suivant est rédigé :

« Démence précoce, indifférence, stéréotypies, mimiques, grimaces. Léger maniérisme verbal par intervalles. Hostilité. »

Le 16 Juillet 1926.

Le certificat de quinzaine est le suivant :

« Indifférence affective, stéréotypies verbales et mimiques. Léger maniérisme. Hostilité. Tentatives puériles de suicide. Discordance. »

Le 20 Août 1926.

Le malade quitte le service avec le certificat suivant :

« Démence précoce. Légère rémission. Calme. Peut être rendu à sa mère qui se charge de le surveiller et de le conduire à la campagne. »

Le 15 Décembre 1926.

La mère du malade le ramène pour le placer, et dit qu'à sa sortie du service au mois d'août, il est resté calme jusqu'au 3 octobre, aidant sa famille aux travaux des champs, docile et prévenant.

Le 3 octobre, il a fait une chute de bicyclette après une course de 62 kilomètres. Depuis, il est retombé progressivement, devenant indifférent, puis ombrageux, déprimé.

Ensuite vinrent des idées de suicide. Le 8 décembre, il tenta de se tuer avec un rasoir (cicatrice

de la région cervicale antérieure). Il put revenir pourtant seul de la campagne. Sa mère l'a trouvé nerveux, agité, disant des choses incohérentes. Il écrivit à sa sœur une lettre tout à fait bizarre.

Le certificat d'entrée est ainsi conçu :

« Indifférence, apathie, inertie, inactivité, stéréotypies motrices et verbales, grimaces, agitation par intervalles, idées et tentatives impulsives de suicide. »

Le 16 Décembre 1926.

Le malade est calme, bien orienté ; il répond volontiers.

« J'ai voulu me suicider pour inquiéter ma mère. J'ai pris un revolver et je me suis dit : il est gros par rapport à ma tête, quand ça va partir, cela va faire du pétard. Je ne sais pas si c'est le simulacre ou la réalité. Je ne sais pas les conséquences.

« Et puis, je me suis dit : Je vis, je ne vois pas pourquoi je me suiciderais. »

Il manifeste de la haine pour sa mère :

« C'est énervant de toujours entendre des conseils autour de soi. Cela vous agace. »

Il explique ainsi le coup de rasoir :

« J'ai fait cela pour avoir de la joie. Ce sont les influences cosmiques ; j'ai vu cela dans l'almanach Hachette. Ma tante a eu la tête déformée, je ne peux pas la sentir. Le rasoir, c'est une question innée, d'habitude. Alors, je ne peux pas la sentir. Je me suis dit : Je vais me donner un petit coup de rasoir ; cela

va montrer que je suis courageux. Ma tante aura de la joie à me voir souffrir. Or, comme j'ai vu que la joie des autres fait notre joie, je serai heureux un instant. »

Incohérences : « Cela dépend du milieu dans lequel je vis, comme Shakespeare... Quand je prononçais le mot poule, ils riaient là-bas ; sans doute pour ne pas être opprimés... Peut-être... Je ne sais pas si j'aime mes parents ; je les aime et je ne les aime pas... Je ne m'émotionne que quand on me met à bout. »

Bonne orientation dans le temps et dans l'espace.

Bonne mémoire : il connaît avec précision les dates de son précédent internement. Il se rappelle des bribes de notions scolaires qui viennent se mêler à ses phrases.

Affectivité troublée. Indifférence à sa situation. Animosité contre ses parents, ambivalence.

Idées de supériorité : « Je suis beau, je m'appelle du nom de la mère de Dieu. Je pourrai être racheté. »

Il ne semble pas avoir d'automatisme ni de délire.

Il a sur son passé des préoccupations bizarres :

« J'aurais dû retourner à l'Ecole Turgot. Ma timidité m'a empêché. Vous savez, la parole, l'effet que cela produit. J'ai dit : je lis beaucoup ; cela a une grosse importance. Je lis avec effort ; cela me mortifiait. Je suis dément. »

Sensation d'insuffisance intellectuelle. Difficulté de l'effort de compréhension.

Le certificat immédiat est le suivant :

« Démence précoce, indifférence émotionnelle, stéréotypies, rires sans motifs. Agitation désordonnée par intervalles. Impulsions de suicide. »

Le 18 Décembre 1926.

Le malade dit que ses tentatives de suicide sont des simulacres.

Conservation parfaite des souvenirs.

Les premières questions sur l'orientation ne révèlent pas de trouble.

D. — Que fais-tu comme métier?

R. — J'ai fait effort de réflexion pour chercher du travail. (Long moment d'attente avant chaque réponse. Quelques grimaces.)

J'ai vu une affiche. J'ai fait effort pour la regarder, j'ai mémoire de cet effort. Cette affiche m'a impressionné par cet effort. Sachant l'importance de cet effort, je l'ai fait.

D. — Pourquoi?

R. — Parce que mon indifférence... les portes de sa vie avec effort.

D. — Qu'y a-t-il sur l'affiche?

R. — Loge de concierge ; se présenter à telle heure, etc..

D. — Pourquoi cela t'a-t-il frappé?

R. — Je suis venu ici pour me promener, quoi. Je suis venu ici pour obéir à mon père.

D. — Es-tu malade?

R. — Je me sens humble, j'ai le sentiment de

ma faiblesse. J'ai fait un effort pour regarder le plancher comme j'ai prononcé.

D. — Es-tu fatigué?

R. — Pourtant cela sort du cœur.

Le malade reprend spontanément la conversation.

— Comme je pensais avant de venir ici, nous sommes ver de terre dans la nature, et nous avons un appendice au gros intestin. Ce rapport... Dieu humble... transporté dans une autre planète, on verrait ce qui se passe dans la terre, l'humilité.

Je suis venu ici pour obéir à mon père. Je suis parti de chez moi avec un état d'âme. Je me remémore ce que je dis à mon père.

(Il répète les propos tenus à un interlocuteur.)

— Je suis un chien, quoi.

D. — Que veux-tu dire?

R. — Je peux instinctivement peut-être saisir vos paroles.

D. — Es-tu vraiment un animal?

R. — Oui.

D. — Es-tu un animal?

R. — Oui.

D. — Que veux-tu dire?

R. — Le chien sent avant de se diriger.

D. — Et toi?

R. — Oui et non, non, oui.

D. — Quoi?

R. — Ça, c'est le moment opportun.

(A deux reprises, le malade incorpore à ses pro-

pos des mots échangés par d'autres personnes, répète ce qu'on dit de lui.)

— Oui, je suis très présent. Oui, cela veut dire que je suis fait, que je suis venu à terme. 9 mois ou 7 mois? 7 mois ou 9? Peut-être à 8. Je suis un phénomène.

D. — En quoi?

R. — Je saisis la conversation des autres et je sens le mal que cela me fait.

D. — Que veux-tu dire?

R. — Je me perds, je me laisse aller. (Froncements de sourcils, sourires.)

— Dans mon indifférence, je suis dément peu sociable. On peut attaquer l'astrologie. Pas démon, mais dément. J'ai toutes les chances pour penser, puisque je suis original. Les animaux inférieurs... vous avez étudié?

D. — Tu es un dément?

R. — Je vous dis que je n'ai jamais téléphoné. (Son interlocuteur revient après un appel téléphonique.)

— Je vous dirai franchement, j'ai lu l'essai sur l'entendement humain, de Locke (1600-1700). (Commence l'exposé, mais s'y embrouille.)

Je fais partie, franchement, dans mon indifférence, de l'Association des Anciens de l'Ecole Turgot.

(Le malade expose quelques notions de pédagogie sur l'école.)

D. — Que veux-tu faire?

R. — J'ai consulté mon ancien directeur d'école avec effort sur mon orientation professionnelle.

Le français est une langue d'homme. Il y a un fond de phélmiasite chronique. France éveille le nom de franc, consciencieux = conscience.

Effort de compréhension passive. Famée de sang au front. Je ne sais pas de quoi, de votre malignité peut-être.

(Le malade donne en souriant avec exactitude, mais avec effort, des renseignements sur son passé scolaire.)

« J'ai contracté la typhoïde, mais c'est une maladie étrange. »

D. — Tu en as bien guéri ?

R. — C'est pas une fièvre typhoïde. On a placé ça dans la fièvre typhoïde. Une paratyphoïde peut-être.

Souvent il répète la question posée et hésite longuement avant de répondre. Cependant il précise les mois et les années : « Je suis entré à l'Hôtel-Dieu le 23 mai 1926, salle Saint-Thomas, pour un torticolis. C'était au deuxième. J'étais soigné par M. Valensi. J'y suis resté jusqu'au 2 juillet. J'en suis sorti pour arriver à Sainte-Anne. »

D. — Combien de temps es-tu resté cette fois ?

(Malgré les interpellations répétées, le malade ne répond pas, puis soudain) :

« Je suis parti le 11 septembre à X..., dans les Basses-Pyrénées. »

D. — Quand en es-tu revenu ?

R. — Sans réformer la nature. Quand je suis revenu? ma tante a eu le vertige. Quand je suis revenu? vous en voulez de trop. En décembre. Le 9 décembre, 9, 10, 9, 10, là il y a confusion. »

Il y a donc intégrité parfaite de la mémoire, de l'orientation, de la faculté de remarque, mais trouble de l'attention volontaire.

Le 26 Décembre 1926.

Les réflexes de posture sont normaux, peu forts; le réflexe de tonicité n'est nullement modifié. Les tendineux et les cutanés sont normaux, ainsi que la chronaxie. Il n'y a aucune catatonie.

Le phénomène de la poussée est normal.

Tension veineuse: 11.

Le 30 Décembre 1926.

Le certificat de quinzaine porte : « Démence précoce. Indifférence affective, stéréotypies mimiques. Agitation par intervalles. Tendances aux impulsions-suicide. »

Le 5 janvier 1927.

Liquide céphalo-rachidien : Tension (couché) : 45, puis après écoulement de 16 cmc. : 15 ; 1 élément par mmc. ; albumine 0,35 ; Wassermann, Pandy et Benjoin négatifs ; Weichbrodt négatif ; sucre 0,52.

Le 7 Février 1927.

A côté de réponses lentes, rares, mais relativement adaptées, il y a quelques réponses bizarres :

« Le Flambeau de la Vie. »

« La langue est la nourrice des débats ; c'est elle qui règne dans les assemblées. »

Long silence. Arrêt.

Conscience morbide : « Je suis fou ; le fou ne guérit pas ; l'aliéné peut guérir. »

Le 9 Mars 1927.

Le matin, brusquement, le malade se lève, sort par la fenêtre sur un toit ; on le ramène sans qu'il se soit fait de mal. Quand on lui demande le motif de son acte, il répond : « C'est que je voulais m'en aller », mais ne sait pas où il voulait aller. Tout cela est dit, d'ailleurs, sur un ton d'indifférence.

Calcul mental excellent, rapide.

Combien coûtent 100 œufs à 15 francs la douzaine ? Réponse exacte.

Le 30 Mars 1927 : Le malade écrit à ses parents.

« Chers parents,

« Je vous écris ces quelques mots pour vous faire savoir de mes nouvelles. Le Docteur B... m'a fait appeler à son bureau, et m'a interrogé. Il m'a demandé : « Qu'est-ce que je ferai sorti d'ici ? » J'ai répondu que je travaillerai au Comptoir National d'Escompte. Je lui ai dit que je voulais partir le plus tôt possible. Il a dit : il faudrait que je voie vos parents. Alors, venez demain sans faute le trouver. Puis il a demandé si je m'occupe, je lis, j'écris.

« En attendant le plaisir de vous voir, recevez, chers parents, mes meilleurs baisers..

« MARCEL.

« A demain matin. »

Le 4 Mai 1927.

Le malade paraît aller beaucoup mieux.

1° Transformation impressionnante de l'état général : Depuis deux mois, il a engraisé énormément, changement de teint complet; il est devenu coloré alors qu'auparavant il était très pâle.

2° Au point de vue psychique, il répond assez bien aux questions, mais avec encore de longues pauses. La conversation tombe.

On l'interroge sur son état antérieur, notamment sur les idées bizarres, incohérentes exprimées au début. On lui parle, par exemple, de cette histoire de colleur d'affiches.

D. — Pourquoi parlais-tu de ce colleur d'affiches ?

R. — C'était un misérable.

D. — Que veux-tu dire par là ?

R. — Il faisait un métier qui lui rapportait peu.

D. — Pourquoi parlais-tu de ce colleur d'affiches ?

R. — Parce que ça m'était venu à l'idée.

(Il ne semble pas bien se rendre compte du caractère mal adapté de ses réponses.)

Le 23 Juin 1927.

Le certificat de sortie est le suivant :

« Démence précoce, indifférence affective, stéréotypies mimiques, agitation par intervalles, tendance aux impulsions. Légère amélioration. »

Le 4 octobre 1927.

Le malade revient de lui-même et seul à la consultation. Il travaille, dit-il, depuis trois mois dans une maison de commerce, la maison P..., rue Saint-Martin, où il est employé à la comptabilité ; il a donné satisfaction et a passé avec succès un petit examen.

Il répond aux questions d'une façon précise, mais il garde une certaine apathie. Il dit lui-même d'ailleurs qu'il se sent indifférent et manque d'élan. La conversation tombe facilement.

La mémoire est bonne.

Il se déclare en bonne santé.

Réflexes rotuliens normaux, pupilles égales, réflexes de posture faibles. Le facies est pâle.

Le 23 Novembre 1927.

Le malade est à nouveau hospitalisé avec le certificat suivant :

« Absurdité des paroles et des actes, fugues, agitation, coprophagie. Pas de troubles de la mémoire, pas de désorientation dans le temps ni dans l'espace. Il présente des périodes de mutisme pendant lesquelles il marche sans arrêt et bouscule ses voisins de lit. Il ne rompt le silence que de loin en loin pour proférer des menaces. »

Le Docteur M..., qui reçoit le malade à l'admission, écrit :

« Démence précoce, gestes bizarres, tourne sur

lui-même, coprophagie, mutisme par accès, rire silencieux. »

Le 10 Décembre 1927.

Le malade a un visage absolument sans expression, absent, avec quelques mouvements rapides, brusques, de la mimique. Il est calme, immobile ; il ne répond pas aux questions, il a une verbigération tranquille, continuelle et absolument incohérente.

« Mais R. M... m'a dit que... C'est mon compagnon qui est au billard... Il m'a dit qu'il vous avait rencontré et qu'il a... fait... ex... au... cer... sur... »

Grimaces. « L... Y..., vous êtes mon meilleur... e... Yves... »

« Le professeur Chile, de l'Ecole Supérieure de Turgot, vous a rencontré et est content de vous. Je suis le deuxième D de l'Ecole Supérieure de Turgot et mon meilleur ami se nomme Chede de Tuc modelage. » (Mouvements mécaniques du visage.)

Aucune réponse adaptée aux questions. Il répète tout le temps : « Mon professeur de l'Ecole Turgot. »

Glossolalie : Mon a... mi... ru... ru... de..., en,

(Toujours le même mouvement de claquement de la langue sans arrêt.)

Plum... ta... hat... jusque-là... hic... la... nis... cède... se nomme... hoc homme... de... voir... le... pa... vé... à droite... je ne vois pas la rue Saint-Antoine bleue... u... eu... mon compagnon de la vie m'a nommé dem... trottoir de gauche... il...

(Brusquement) Savez-vous que je suis d'une essence supérieure. En 1869 naquit en Corse Napoléon ; il mourut. Il naquit à Paris en 1789. En 1799, Rivoli... et Rivoli pense intermittence... 13... Le meilleur professeur mondial est Modi.

D. — Me reconnais-tu ?

R. — Non.

D. — Comment est-ce que je m'appelle ?

R. — Curab... (Claquement de langue. Mouvement de succion sans arrêt.) J'habite rue du Vert-Bois.

D. — M'as-tu déjà vu ?

R. — Antipode.

D. — Y a-t-il longtemps que tu es ici ?

R. — Li... 39... 9... longe termo...

D. — Où es-tu ?

R. — A Sainte-Anne.

(Reprend: allusion... r..., etc.)

D. — En quelle année sommes-nous ?

R. — 1927. Deux mille trois (touche l'épaule du médecin). Vous êtes mon bon ami, noble (sourires mécaniques). Vous êtes aristocrate, séduisant, entièrement tout achevé, velix, c'est un rêve, allusion.

Passivité et catalepsie.

Se couche à terre, se couche sous la table, se met au commandement les jambes en l'air, couché sur le dos, jambes dans la verticale, immobile ; de temps en temps, les jambes retombent un peu, puis se relèvent brusquement. Il reste ainsi très longtemps ; on entend quelques mouvements de succion.

Changement spontané de position au bout de dix minutes : se tient les genoux dans les mains. Mouvements de succion.

On le fait se déshabiller ; il reste longtemps à retourner son bouton de culotte, puis brusquement il frappe sur l'épaule du médecin et dit à voix basse dans le creux de l'oreille : « Gaston, enlève-moi mon veston. » Il tourne sur lui-même cinq ou six fois de suite.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux ainsi que ceux des membres supérieurs ; les plantaires se font en flexion ; les réflexes de posture ont une variabilité extrême.

Au bras : on lève l'avant-bras sur le bras, tantôt il le garde ainsi, et tantôt il le laisse tomber.

Modifications suivant l'attention.

Quelques réponses adaptées parfois, dit « qu'il travaillait rue Saint-Martin », etc., puis reprend : « astrologie, divisible par 3, etc. »

Liquide céphalo-rachidien : Albumine 0,28 ; lymphocytes 2 par mmc. ; benjoin normal.

Le 4 Juin 1929 (1) :

Nous trouvons le malade couché. Il présente une tuberculose pulmonaire rapidement évolutive (température à 39° le soir).

(1) Nous remercions M. le Docteur Guiraud, médecin-chef à l'asile de Villejuif, d'avoir bien voulu nous autoriser à examiner ce malade qui a été transféré dans son service, et de nous avoir communiqué les notes le concernant.

Il ne paraît pas hostile et répond volontiers aux questions. Il est bien orienté et sa mémoire semble conservée. Il se souvient d'avoir été à la clinique et cite les noms des médecins qui l'y ont soigné. Il dit qu'il est à Villejuif depuis un an, ce qui est à peu près exact. Il connaît la date de sa naissance, celle du jour, celle de la déclaration de la guerre, se rappelle l'année où il est entré à Turgot, celle où il a eu la typhoïde. Il retrouve facilement ses souvenirs scolaires, sait la table de multiplication, fait de tête une règle de trois simple, nomme les différents Etats de l'Amérique du Sud, donne les dates de Napoléon, de Charlemagne, décrit la carte d'Italie.

D. — Que faites-vous ici ?

R. — Ici, j'attends.

D. — Vous ennuyez-vous ?

R. — Des fois.

R. — Avez-vous des projets ?

R. — Avoir le sentiment du bonheur.

D. — Pensez-vous à quelque chose ?

R. — J'attends.

D. — Que ferez-vous si vous sortez ?

R. — Quand je sortirai, j'attendrai... j'attendrai chez moi les jouets qu'on devait m'apporter : un chemin de fer, des gâteaux, des bicyclettes, des flûtes, des revolvers... pistolets automatiques...

D. — Que ferez-vous encore ?

R. — J'aurai le bonheur, l'humilité.

D. — Que ferez-vous comme métier ?

R. — Flûte, musicien flûtiste.

D. — Vous marierez-vous ?

R. — Oui.

D. — Comment voulez-vous que soit votre femme ?

R. —

D. — Brune ou blonde, petite ou grande ?

R. — Moyenne...

D. — Quelles qualités voulez-vous qu'elle ait ?

R. — L'attente... le sang... chair et os... air vieilli... bruit intérieur... corps en un mot, humilité... je veux qu'elle soit humble, attentive... chaîne... à peu près la forme de la statue Dieu à l'Hôtel-Dieu... la physionomie (grimaces, tics, sourires, soupirs)... un jour je rencontre un type, il voit dans le dictionnaire : vide parfait, il se dit : vide parfait et papier peint, cela fait chair et os. C'est une histoire, un étage... à propos de la terre, il fait la comparaison de la terre qui est ronde avec une boule et une balle, et un pistolet automatique un suicide.

D. — Quelle différence y a-t-il entre la bonté et la charité ?

R. — C'est la preuve que quelqu'un vit, par exemple voilà, cela est du fer (montre le fer de son lit).

D. — Quelle différence entre un roi et un président de la République ?

R. — C'est la preuve aussi... le vide...

D. — J'ai trois frères, Jean, Pierre et moi. Dites-moi en quoi cette phrase est absurde.

R. — Parce que cela fait quatre.

D. — Que voulez-vous dire?

R. — Chair et os... (ajoute pendant que nous écrivons : il y a le froid vide qui fait beaucoup parce qu'on attend, surtout ici, on veut s'en aller, par exemple, alors on prend une décision, on dit que c'est le froid qui nous fait attendre comme cela.) Puis il y a des raisons diverses, l'incommodité, le vide parfait, l'humilité... humilité... humilité.

Dans le service le malade reste complètement inerte, inactif, indifférent. Il passe ses journées au lit, toutefois il n'est pas gâteux. Il s'agite par moments et a présenté quelques impulsions.

Le certificat du 1^{er} Août 1928 porte :

« Hébéphrénie, indifférence, inactivité, docilité pathologique, petite catatonie, immobilité, troubles vaso-moteurs. »

Actuellement, le malade ne présente plus de symptômes catatoniques, sauf une tendance à la conservation des attitudes. Les rotuliens sont normaux, les pupilles égales réagissent à la lumière.

Addendum : Lettre écrite par le malade à un professeur lorsqu'il décide de quitter l'école :

Paris, le 15 octobre 1924.

Monsieur,

Je ne pourrai vous dire exactement de quoi cela provient, peut-être bien de ma maladie, car comme vous le savez, j'ai été atteint de la fièvre typhoïde, et malgré tous mes efforts, je suis dans le plus complet abrutissement, je tends à réagir, à vouloir sortir des

ténèbres qui m'entourent. Je ne puis arriver à combattre avec succès cet entêtement de l'âme. Ce matin même, j'ai été appelé par le professeur d'espagnol, M. B..., en vue de réciter une récitation. Je puis vous dire déjà que je l'avais apprise. Mais comment? C'est là le but. L'avais-je apprise trop légèrement, je ne puis le croire, car encore une fois, je m'efforçais de la savoir encore, voulant arracher les mots un par un, réfléchissant de trop sur ces mots détachés, je ne pouvais en détacher une phrase compréhensible. J'avais donc été appelé pour réciter, je tâchais en m'avançant vers le tableau de réunir dans un suprême et dernier effort les mots détachés. Je passai le deuxième. Les trois premiers mots ont été bien dits, mais je commençai à m'embrouiller pour en finir à ne savoir plus ce que je disais ; étant très intimidé, j'ai dit au professeur que je n'avais pas appris ma leçon et je retournai à ma place tout honteux, la tête baissée, me forgeant maintes idées noires ; de plus, le professeur qui m'estimait beaucoup a cru que je n'avais pas appris ma leçon et lui, autant et même plus que moi a été très peiné, je le comprends bien, de voir un de ses bons élèves répondre ainsi. Etant très timide, c'est là aussi mon très grand défaut, je ne voulus dire au professeur la vérité telle quelle.

Je sais qu'à l'avenir si un professeur quelconque m'interrogeait oralement, je ne pourrais sortir de mes réflexions non à propos et répondrais comme le dernier des imbéciles, je ne me cache pas de le

dire. Par conséquent, pour éviter ce qui doit arriver et ce dont à quoi je ne peux pas remédier, je suis dans la plus complète obligation de quitter l'Ecole. Je rendrai mes livres que j'ai voulu étudier avec cœur et dans l'espoir d'un bon profit; mais contre la fatalité il n'y a rien à faire, excepté de la suivre, de nous prendre et de nous ensevelir à jamais.

Je remercie de tout mon cœur tous les professeurs qui ont voulu, comme à toute la collectivité, que j'apprenne. Je remercie surtout M. B. des très grands services qu'il a bien voulu me faire, et à vous, monsieur C., recevez les plus respectueuses salutations d'un élève qui a voulu, mais qui n'a pas pu.

M.

Voici donc un véritable dément précoce tout à fait caractéristique, comme on peut le voir d'après le dernier examen. Les troubles ont débuté peu de temps après une typhoïde grave avec gros tufos, ils ont d'abord porté principalement sur la mémoire, comme il est habituel à la suite de cette affection, puis s'est installé peu à peu l'état hébéphréno-catatonique.

Nous nous bornons à cette constatation qui nous a paru digne de quelque intérêt, sans prétendre déterminer quel a pu être le rôle exact de la typhoïde dans l'étiologie du syndrome mental.

CHAPITRE III

GRIPPE

La stupeur au cours de l'influenza a été observée anciennement.

K. Kahlbaum cite deux cas. Dans l'un, il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans qui, après l'influenza, présente des troubles de l'humeur, de l'anxiété et reste un mois dans un état stuporeux. Chez une autre de dix-neuf ans, on note, après l'influenza, des modifications de l'état mental, qui s'accroissent peu à peu et aboutissent au bout de trois mois à un état de stupeur qui persiste pendant deux mois. Les deux malades ont guéri complètement.

Régis observe, au cours de la convalescence de la grippe, des formes où dominent la torpeur et l'obtusité qu'il appelle « psychoses asthéniques », dans lesquelles les malades sont hébétés, stupides, désorientés, dans un état en somme de « pseudo-démence ».

Au cours de l'épidémie de 1918-1919, plusieurs

observateurs ont noté des troubles mentaux avec catatonie. Gilles, en novembre 1918, dit qu'il s'agit surtout de troubles confusionnels avec délire triste, mais déclare que la stupeur est rare.

Mais Lemierre, en mars 1919, rapproche l'action de la grippe sur les centres cérébraux des formes nerveuses de la typhoïde et déclare que ces accidents sont incontestablement attribuables au virus grip-pal. Il s'agit d'un état typhoïde avec obnubilation, stupeur, prostration. Il note du puérilisme mental, des alternatives de stupeur le jour et d'agitation la nuit, une demi-conscience ; puis, dans la convalescence, de l'amnésie et du puérilisme pouvant durer quelques jours. Dans un cas, il a observé un état ressemblant à la stupeur catatonique : « Convalescent ayant fait sa défervescence depuis vingt-quatre heures restait assis sur son lit, les yeux fixes, inconscient de ce qui se passait autour de lui, ne répondant à aucune question. Il était incapable de porter une tasse à ses lèvres et il fallait le faire boire. Cet état disparut au bout de vingt-quatre heures. »

M. le Professeur Claude signale en avril 1919 à l'Académie de Médecine, dans une communication relative aux troubles nerveux et mentaux consécutifs à la grippe, un cas de délire ayant duré pendant dix jours avec dépression, tristesse, mutisme, négativisme, et suivi d'une guérison complète.

Porot et Hesnard, en août 1919, dans un article intitulé « Délire et psychoses de la grippe », distinguent des formes pseudo-démentielles parmi lesquel-

les des psychoses aiguës catatoniques. Voici une observation où les phénomènes sont nets :

OBSERVATION III (1)

« Le matelot G... a une grippe violente, le 14 octobre 1918, avec délire agité et loquace. Fièvre élevée pendant quatre jours, détente, puis reprise avec symptômes intestinaux. L'agitation fait place à de la prostration avec obnubilation. Le sujet, couché en chien de fusil, le masque immobile, fut pris à tort pour un méningitique et évacué comme tel dans un service de neuro-psychiatrie.

Ce qui frappe, c'est son immobilité absolue allant jusqu'à la stupeur. Son attitude est figée. Quand on l'assied, il reste sur son séant, mais il garde une attitude penchée à droite, la tête inclinée et l'épaule légèrement haussée, les orteils levés en extension. Il a de la flexibilité cirreuse, il garde indéfiniment les attitudes provoquées, même les plus inconfortables. De plus, quand on lui fait exécuter passivement un mouvement comme de tourner une roue imaginaire, il continue le mouvement indéfiniment. Il répond à peine aux questions par quelques monosyllabes ou à côté par un mot vide de sens.¹ Quand il commença à parler, on put constater que son orientation était déficiente, il confondait facilement les souvenirs imaginaires de son délire et ceux de la réalité.

(1) Paris Médical, 23 août 1919.

Il s'améliora lentement et régulièrement, les attitudes catatoniques disparurent au début de décembre, le malade resta déprimé quelque temps sans tristesse ni anxiété, puis guérit fin décembre sans aucune trace. »

Les auteurs donnent une photographie assez caractéristique du malade en attitude catatonique.

Divers médecins américains, au cours de la même épidémie (Menninger, Waterman et Folsom, etc.) signalent en même temps que des démences précoces, qui semblent avoir évolué consécutivement à la grippe, des syndromes schizophréniques transitoires de bon pronostic.

Kirby observe au cours de ces syndromes, de nombreux symptômes catatoniques, tantôt pendant le délire fébrile, tantôt dans la période qui suit.

Enfin, Chour, en 1919, consacre sa thèse à l'étude d'un syndrome confusionnel avec catatonie au cours de la grippe. Il a noté chez son malade du négativisme et de la catalepsie.

CHAPITRE IV

INFECTION PUERPÉRALE

Les anciens auteurs considéraient les psychoses puerpérales comme des folies ordinaires développées sur un fond héréditaire sous l'influence occasionnelle de la grossesse. C'est là notamment l'opinion de Magnan.

Mais depuis longtemps, on a mis en évidence le rôle de l'auto-intoxication et de l'infection.

Nous laisserons de côté les psychoses de la grossesse, qui paraissent dues à des phénomènes d'auto-intoxication, et celles de la lactation, qui sont des psychoses d'épuisement (1). Nous bornerons notre étude aux psychoses puerpérales proprement dites, c'est-à-dire à celles qui surviennent après l'accouchement, et dans lesquelles apparaît nettement le rôle de l'infection.

(1) Picqué et Privat de Fortuné ont montré le rôle de certaines infections utérines latentes dans l'épuisement post-puerpéral.

Les états de stupeur ainsi que les phénomènes catatoniques ont été souvent observés dans les troubles mentaux des suites de couches.

La stupeur, dit Régis, complète parfois au point d'atteindre les limites extrêmes de l'inertie physique et mentale, alterne souvent avec des périodes d'agitation. C'est dans ces cas que la **psychose puerpérale** peut s'accompagner de suggestibilité, d'attitudes cataleptoïdes, de négativisme, en un mot des symptômes désignés sous le nom de **démence précoce catatonique**. Ces formes guérissent souvent, mais peuvent passer à la chronicité et l'on se trouve alors en présence de véritables **démentes précoces** (1). L'auteur donne une photographie caractéristique d'une malade catatonique dont il résume ainsi l'observation : **Confusion mentale aiguë post-puerpérale, démence précoce catatonique consécutive, masque inexpressif, immobilité, négativisme, suggestibilité.**

Porot signale dans les formes précoces des psychoses consécutives à l'accouchement, « à côté des formes agitées, des formes d'emblée stupides et même des formes catatoniques dans lesquelles on peut observer du mutisme, du gâtisme, parfois de brefs accès impulsifs qui traversent le fond pseudo-déméntiel ». La prolongation de l'état confusionnel peut conduire selon lui à un état tout à fait semblable à celui de la **démence précoce**.

(1) Strecker et Ebough, sur 50 cas de troubles mentaux chroniques apparus à l'occasion de la puerpéralité, trouvent 13 cas de **démence précoce**.

Nous donnons ici l'observation (1) d'une malade présentant un syndrome catatonique au complet au cours d'une infection puerpérale caractéristique ayant débuté le soir du troisième jour après l'accouchement.

OBSERVATION IV

Accouchement, infection puerpérale

Syndrome catatonique typique

Mme T..., âgée de 32 ans, entre dans une maison de santé le 28 mars 1929. On ne trouve dans les antécédents personnels ou héréditaires avoués ni maladies graves ni troubles nerveux ou mentaux. Mais elle a été accouchée il y a quinze jours d'un premier enfant dans des conditions difficiles qui ont nécessité une application de forceps. Dans les jours suivants sont apparus des phénomènes infectieux et la température a atteint $40^{\circ}7$ le 17. Un abcès de fixation a été pratiqué le 18 et incisé le 22. Depuis quatre jours, la malade est dans un état confusionnel avec anxiété et agitation nocturne.

Le 28 mars 1929, à l'entrée, on note :

Psychose puerpérale. Etat confusionnel. Grande agitation motrice. Cris. Hurlements. Insomnie. Per-

(1) Nous remercions vivement M. le Docteur Heuyer, médecin des Hôpitaux et de l'Infirmierie Spéciale, à qui nous devons ces notes et qui nous a si aimablement autorisé à examiner cette malade.

sistance de l'état fébrile ($39^{\circ}5$). Abscess de la fesse qui paraît devoir être ouvert davantage (incision pratiquée ce même jour).

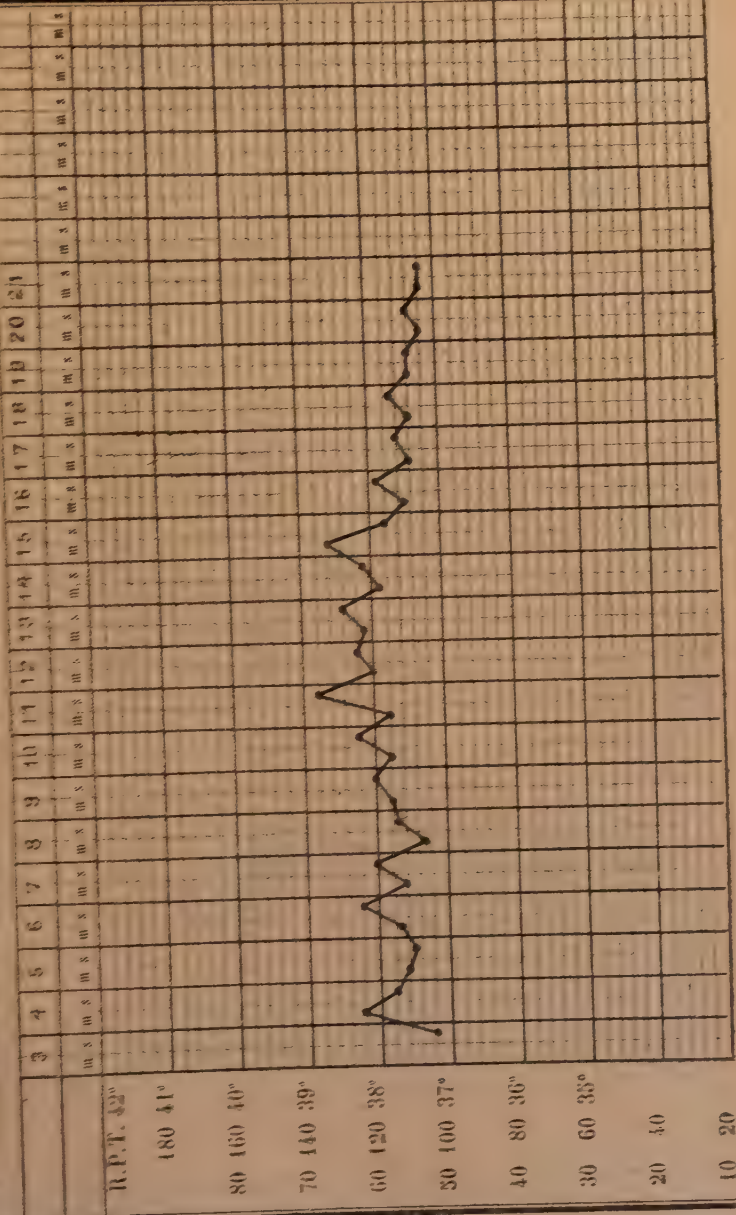
Le 8 Avril 1929 :

Persistance de la confusion. Dans l'ensemble, diminution de l'agitation. Celle-ci se manifeste encore, mais seulement par intervalles. Apparence de stupeur dans laquelle entre surtout de l'opposition, d'ailleurs épisodique et passagère. Aujourd'hui, immobilité, refus de parler, d'ouvrir la bouche, conservation des attitudes. S'est alimentée. Sommeil inconstant. Variabilité de l'aspect sur le même fond de confusion mentale. Persistance de l'état infectieux : abscess multiples, deux nouveaux furoncles du menton. Tachycardie (112) malgré une température de $37^{\circ}5$.

Le 21 Avril 1929 :

Psychose puerpérale. Aspect de confusion avec stupeur. Immobilité. Inertie. Mutisme. Opposition. Ebauche de syndrome catatonique. Conservation des attitudes. Suggestibilité partielle. D'après l'infirmière, la malade paraît avoir eu une période d'amélioration avec réponses pertinentes, bonne orientation. Depuis deux jours, elle est retombée dans cet état de stupeur. Amélioration de l'état infectieux. Persistance de la tachycardie (108). Souffle fonctionnel ou extracardiaque variable selon la position de la malade. Bruits du cœur sourds.

N^o Asamblea 1923



Le 12 Mai 1929 :

Persistance de l'état confusionnel avec stupeur. Quelques modifications depuis le dernier examen. Disparition de l'état cataleptique. La malade ne conserve plus les attitudes passives. L'opposition paraît s'accroître. Refus de répondre, mutisme absolu au cours de l'examen. Résistance à l'infirmière pour monter dans sa chambre ou descendre dans le jardin. Suggestibilité réduite. Apparence de désintérêt, mais seulement apparence. Certitude de la permanence d'un état affectif sous-jacent. Tristesse du visage. Larmes qui coulent quand on parle de sa petite fille. Depuis quelques jours, troubles du caractère, irritabilité. Dépression : aurait tenté trois fois de se jeter par la fenêtre ou dans l'escalier. Impulsions à la fuite. Sommeil plus irrégulier. Persistance de la tachycardie (96) avec état subfébrile. Bon état général.

Le 18 Mai 1928 :

Nous trouvons la malade immobile dans son lit, les paupières closes, sans frémissement, les dents serrées, le visage à demi stuporeux. Elle présente un syndrome catatonique très net.

Aux membres supérieurs, flexibilité cireuse caractéristique alternant quelquefois avec du négativisme. Conservation prolongée des attitudes imposées.

Aux membres inférieurs, résistance, négativisme croissant avec l'action qu'on exerce ; dans le même

temps, flexibilité cireuse aux membres supérieurs et opposition violente aux membres inférieurs.

Elle se laisse mettre debout comme un mannequin, raide comme un morceau de bois. Une fois debout, si on la pousse en avant ou en arrière, elle répond à l'impulsion donnée par quelques pas, puis s'immobilise.

Toujours même prédominance du négativisme aux jambes et de la flexibilité aux bras. Elle garde le bras levé indéfiniment. On essaie de fléchir la jambe sur la cuisse : elle résiste. On insiste : la résistance est vaincue et la malade reste ainsi sur un pied, le bras levé, pendant plus d'une minute.

Occlusion des paupières. La résistance augmente au fur et à mesure qu'on cherche à les soulever.

Mutisme complet. La malade ne répond à aucune question, mais semble comprendre certains ordres simples : serre la main, augmente la pression au commandement, lève le bras (toujours les yeux fermés), mais elle n'ouvre pas la bouche et résiste quand on tente de l'ouvrir. Refus d'alimentation. Opposition ; retient ses matières et ses urines.

Les réflexes rotuliens sont normaux ; le cutané plantaire se fait en flexion.

CHAPITRE V

SYPHILIS

Depuis très longtemps, des phénomènes catatoniques ont été observés au cours de la paralysie générale.

Knecht, en 1886, classe dans cette affection les symptômes catatoniques en deux groupes, selon qu'ils précèdent ou suivent les signes nets de la maladie de Bayle.

Nacke, la même année, publie trois observations probantes dans lesquelles il s'agit d'un véritable état de stupeur avec rigidité musculaire.

Lecordonnier, dans sa thèse en 1889, cite plusieurs cas de tendance à la catalepsie ; cette conservation des attitudes coïncidait dans un cas avec des mouvements choréiformes, dans un autre avec des phénomènes bulbaires et des contractures.

M. Trenel, en 1894, consacre sa thèse à l'étude des symptômes spasmodiques de la paralysie générale et termine le chapitre « De la rigidité spasma-

dique » par un paragraphe intitulé : « Attitudes cataleptiques, catatonie ».

« A côté de ces rigidités spasmodiques, nous placerons certains phénomènes mal déterminés, et observés plus fréquemment en dehors de la paralysie générale ; les auteurs les qualifient les uns de tendance à la catalepsie, les autres de catatonie. »

Séglas, en 1895, consacre une de ses « Leçons cliniques » au diagnostic de la paralysie générale avec la confusion stuporeuse. Il insiste sur ce début possible de la P. G. et présente une malade en état de stupeur catatonique avec un visage hébété, de l'inertie, du mutisme, des stéréotypies, et sans signes neurologiques ; l'évolution ultérieure de la maladie a montré qu'il s'agissait bien d'une paralysie générale.

Kraepelin décrit des états de stupeur avec catatonie.

Jahrmarker, en 1903, constate dans deux observations des symptômes catatoniques.

Maillard et Le Maux, en 1911, rencontrent dans la P. G. la stupidité avec syndrome catatonique complet simulant la démence précoce.

Capgras et Morel, en 1913, présentent une fille de paralytique général internée elle-même en 1901 pour P. G. (idées incohérentes et contradictoires de satisfaction et de persécution, idées mystiques et hypocondriaques, embarras de la parole, inégalité pupillaire, tremblement). Sortie en rémission en 1902, elle revient un an après et le diagnostic est confirmé. Douze ans après, elle apparaît comme une démente

précoce (tics, stéréotypies motrices et verbales, suggestibilité et négativisme, rires impulsifs) avec les signes neurologiques de la syphilis : abolition des rotuliens, inégalité et rigidité pupillaires, tremblement, pas de lymphocytose rachidienne.

Leroy et Rogues de Fursac, la même année, sous le titre de « Un ménage de syphilitiques », citent le cas d'un malade ayant contracté la syphilis en 1907, interné pour dépression mélancolique en 1909, qui présenta ensuite des idées de grandeur et de richesse sans signe neurologique, et qui fut hospitalisé à nouveau en 1912, offrant un tableau typique de démence précoce (indifférence, stéréotypies, négativisme) en même temps que des réactions humérales spécifiques (Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien) (1).

Puillet, en 1914, montre trois cas de paralysie générale prolongée, parmi lesquels il semble qu'il y ait un syndrome hébéphréno-catatonique.

Antheaume et Trepsat, en 1920, publient l'intéressante observation d'un malade que nous avons eu l'occasion de revoir en 1925 et tout récemment. Nous en donnons ici le résumé en ajoutant quelques mots sur l'état actuel, qui est resté exactement le même.

(1) Laignel-Lavastine et Barbé montrent également un paralytique général ayant pris l'aspect d'un D. P., mais sans catatonie. De même, Borel et Ceillier présentent un malade de type D. P. avec des signes neurologiques et huméraux de P. G.

OBSERVATION V. (1).

Il s'agit d'un malade qui a présenté en 1913 un début typique de paralysie générale avec exagération de l'activité, puis troubles de la mémoire et du caractère, dysarthrie. Observé en 1916, il exprime des idées de satisfaction, de richesse, il a des troubles de la mémoire et est désorienté. De plus, il fait de nombreuses interprétations morbides. L'examen neurologique révèle de la dysarthrie, du tremblement des lèvres et des muscles de la face, la déformation ovale de la pupille gauche, l'abolition presque complète des réflexes lumineux, l'exagération des tendineux. Bordet-Wassermann positif. Hyperalbuminose, 8 lymphocytes. Quelques mois après son entrée, il présente des hallucinations presque continuelles. En juillet et août 1917, il fait deux ictus.

En juillet 1918, le tableau clinique se transforme et le malade prend l'aspect d'un dément précoce catatonique : négativisme, opposition, conservation prolongée des attitudes imposées, stéréotypies. En même temps, les idées de grandeur et les hallucinations ont disparu. Le malade s'immobilise dans cet état et ne se modifie plus.

En 1920, on observe que les pupilles sont inégales et que la droite ne réagit pas du tout à la lumière. L'examen du liquide céphalo-rachidien mon-

(1) Antheaume et Trepsat. P. G. et Catatonie. Encéphale, 10 mai 1920.

tre une lymphocytose abondante. En 1923, on note encore de la lymphocytose, mais le Wassermann est négatif.

M. le Professeur Claude (1), qui examine à nouveau ce malade en 1928, note « qu'il n'a plus eu d'ictus, mais reste catatonique sans modification de son état depuis neuf ans : stéréotypies, mutisme, immobilité, hypertonie musculaire, démarche automatique, attitudes cataleptoïdes, turbulence nocturne, gâtisme. Une ponction lombaire faite le 2 septembre 1927 montre un liquide céphalo-rachidien à peu près normal : albumine 0,20, Pandy négatif, lymphocytes 0.4, B. W. négatif, Benjoin négatif. »

Nous avons vu ce malade en 1925, et nous l'avons revu récemment. Son état ne s'est absolument pas modifié, il est dans un mutisme complet, passe ses journées immobile dans son fauteuil, présente des stéréotypies, du négativisme par moments et conserve très longtemps les attitudes imposées.

Marcus, en 1920, décrit les psychoses aiguës syphilitiques, qui peuvent selon lui débiter pendant la période secondaire, aussitôt après ou beaucoup plus tard, le plus souvent dans les trois premières années après l'infection. Elles ont pour particularité de s'accompagner de peu de signes neurologiques et de ne pas évoluer vers la paralysie générale. Parmi celles-ci, il distingue une forme caractérisée par l'ap-

(1) P. G. et Schizophrénie. Pratique Méd. Française, mars 1928.

parition de phénomènes « catatoniques et négatifs » comportant des états morbides « de tension et de répulsion » devant lesquels on peut croire qu'il s'agit d'une véritable démence précoce.

Urechia et Rusdea font en 1921 une revue générale des « formes schizophrénoïdes de la syphilis du cerveau ». Ils rappellent que de nombreux auteurs ont noté les phénomènes catatoniques au cours de cette affection. Ils citent, en plus des travaux que nous avons signalés, les observations de Westphal, Bleuler, Willemans et Rancke, Vollenberg, Obregia et Urechia, etc. Ils distinguent dans ces états deux formes ; quelquefois, les symptômes catatoniques sont transitoires au cours d'une paralysie générale, ou en constituent une phase qui apparaît plus fréquemment dans une période de rémission. Dans d'autres cas, les symptômes catatoniques peuvent prédominer, et l'affection parfois évoluer sous le masque d'une démence précoce. Dans cette dernière forme, la ponction lombaire peut être négative ou douteuse, comme d'ailleurs dans les paralysies générales prolongées ordinaires.

Targowla, en 1923, dans un mémoire sur « les psychoses syphilitiques », rappelle l'existence, dans la syphilis cérébrale, de syndromes paranoïdes schizophréniques et aussi catatoniques.

X. Abély, en 1925, présente un malade qui fut réformé en 1919 pour paralysie générale (affaiblissement intellectuel, embarras de la parole, inégalité et déformation pupillaires, exagération des rotuliens,

lymphocytose, albuminose, Wassermann positif), et qui offre alors le tableau d'un hébéphréno-catatonique (stéréotypies, maniérisme, négativisme) tout en conservant les signes neurologiques du début (inégalité et rigidité pupillaires, exagération des rotuliens, Bordet-Wassermann partiellement positif dans le liquide céphalo-rachidien) (1).

Carette et Lamache, la même année, publient sous le titre de « Syphilis cérébrale précoce » l'observation d'un hérédo-spécifique (2) qui a présenté en 1923 un syndrome hébéphréno-catatonique (mutisme, opposition, tendances catatoniques) avec déjà à ce moment des pupilles paresseuses, puis a fait une rémission et a été hospitalisé à nouveau en 1925, offrant un tableau différent : dysarthrie, tremblement de la langue, hyperréflexivité tendineuse, inégalité et inertie pupillaires, indifférence avec optimisme, et réactions humérales positives : Albumine 0,22, lymphocytose 1,4, Pandy positif, Benjoin 11100022110-

(1) Dans la même séance, M. Marchand montre un « dément précoce syphilitique » pour lequel il se demande s'il s'agit d'un P. G. atypique, mais ce malade ne présente pas de catatonie.

X. Abély et Bauer présentent de même une psychose paranoïde ayant débuté comme une P. G. et offrant encore des signes physiques et huméraux spécifiques.

(Au sujet de la forme paranoïde de la P. G., voir Mlle Serin, Th. de Paris, 1926.)

(2) Les relations de la syphilis héréditaire et de la D. P. ont été signalées depuis longtemps et ont fait l'objet d'un rapport de Hamel et Lopez-Albo au dernier Congrès. Une statistique de l'asile de Zaldivar donne, sur 305 hérédo-spécifiques présentant des troubles mentaux, 58 cas d'hébéphréno-catatonie dont 26 avec altérations du liquide céphalo-rachidien.

oooo ; Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sérum.

Les auteurs éliminent la paralysie générale, dont le malade n'a pas les symptômes mentaux, la démence précoce à cause des signes physiques et humoraux et concluent à une syphilis cérébrale.

M. Marchand, au Congrès de 1925, rapporte deux observations de syndrome hébéphrénico-catatonique au cours de la syphilis cérébrale, sans signes neurologiques, mais avec un Wassermann positif dans le premier cas, et plusieurs fausses couches caractéristiques dans le deuxième. Les maris de ces deux malades étaient morts de paralysie générale.

M. le Professeur Claude, en 1928, dans un article intitulé : *Paralysie générale et Schizophrénie*, rapporte d'intéressantes observations qu'il rapproche de celles analogues de Gerstmann et de Jakob; il s'agit de paralytiques généraux ayant évolué après l'impaludation vers un type schizophrénique, dont deux avec des phénomènes catatoniques très nets. Voici la première :

OBSERVATION VI (1)

*P. G. nette, impaludation,
tableau clinique de D. P.*

Il s'agit « d'un jeune homme de trente-cinq ans, syphilitique depuis 1916, qui accuse en octobre 1926

(1) Pratique Médicale Française, mars 1928.

des céphalées, de la rachialgie, une hyperesthésie sensitivo-sensorielle prononcée, tremblement, troubles de l'humeur et du caractère; à l'examen : dysarthrie, réflexes rotuliens exagérés, inégalité pupillaire, réflexes lumineux très paresseux, diminution nette de la mémoire pour les faits récents, diminution de l'auto-critique, idées mégalomaniaques, euphorie. Ponction lombaire : lymphocytes 3,2, albumine 0,70, B. W. et Benjoin fortement positifs. Impaludation le 13 décembre, bien supportée; les accès sont arrêtés le 13 janvier 1927. Le traitement spécifique est repris, mais l'arsénobenzol est mal supporté, détermine de l'agitation; l'état général s'améliore, la mémoire est meilleure, l'anxiété disparaît, mais dans les mois suivants on constate que le malade tombe peu à peu dans un état d'apathie, d'indifférence, paraît concentré en lui-même, inattentif, répondant tardivement aux questions posées. Il revient deux ou trois fois successivement sur le même sujet. Il présente surtout des stéréotypies de gestes très accentuées qui existaient déjà un peu au début, mais ont pris un caractère excessif : grimaces, marmottement, mains portées au cou, aux yeux, langue tournée dans la bouche ou sortie au dehors. Actuellement la dysarthrie a disparu, ainsi que le tremblement, les pupilles sont presque égales, le réflexe lumineux existe. La ponction lombaire a donné : lymphocytes 0,2, albumine 0,55, B. W. et Benjoin positifs.

Le malade s'habille seul, se promène, mais reste

indifférent, inactif, n'a plus d'agitation. Sa mémoire est très bonne. Son orientation est juste. Parfois ses réponses sont pertinentes pendant quelques minutes, mais il retombe dans son mutisme, sa rêvasserie, ou répond à côté. Il est correct dans sa tenue, poli, mais l'affectivité, l'initiative et la curiosité sont à peu près nulles. Le tableau est celui d'un schizophrène et non d'un P. G.»

La deuxième observation (1) est celle d'un malade qui, du point de vue clinique et biologique, apparaissait comme atteint d'une P. G. avérée. Après deux impaludations, il y a amélioration de l'état général et le liquide céphalo-rachidien redevient presque normal. L'aspect clinique devient celui d'un dément précoce : mémoire bonne, orientation suffisante, contrastant avec une incapacité de se diriger malgré certaines réponses judicieuses. Stéréotypies de gestes et de paroles, impulsions violentes, négativisme alternant avec de la suggestibilité.

Crouzon, Justin-Besançon et Ducas montrent comme paralytique général à la Société de Neurologie un malade que nous suivons actuellement et dont nous donnons plus loin l'observation. (Observation XI.)

Porot, en 1928, décrit un syndrome catatonique d'une évolution de dix mois au cours d'une « psychose syphilitique prolongée ». Il s'agit d'une femme

(1) Société Médicale des Hôpitaux, 8 avril 1927.

indigène ayant eu trois enfants mort-nés chez laquelle éclate un état aigu hallucinatoire suivi en quelques jours d'un syndrome catatonique intermittent avec légère élévation thermique et Wassermann très fortement positif ; elle passe par des alternatives de mutisme (avec négativisme, refus d'alimentation) et d'agitation ; puis gloutonnerie, gâtisme, rire explosif, aspect démentiel. Le neuvième mois, réveil avec légère excitation hypomaniaque à forme gaie, retour à l'état normal. Cette observation est à rapprocher des « psychoses syphilitiques aiguës de Marcus ».

Enfin A. Dupont, dans une thèse toute récente : « La démence précoce syphilitique », rapporte trois observations personnelles de malades se présentant comme des paralytiques généraux et dont le tableau clinique s'est modifié dans le sens de la démence précoce ; l'une de ces malades paraît être une catatonique : inertie avec courte période d'excitation, impulsions violentes avec tendance à frapper, mutisme inflexible, attitude stéréotypée, gâtisme, troubles vasomoteurs, en même temps qu'elle a des signes neurologiques et humoraux de spécificité.

Ainsi, dans les travaux que nous avons cités, nous voyons que la catatonie se présente dans des conditions diverses au cours de la maladie de Bayle ou de la syphilis cérébrale. Tantôt, il s'agit de phénomènes catatoniques apparaissant épisodiquement au

cours d'une paralysie générale typique, ou d'états démentiels liés à une syphilis cérébrale.

D'autres fois, ce sont des paralysies générales qui semblent prendre le masque de la démence précoce catatonique (observations de P. G. prolongée ainsi que celles des malades ayant subi le traitement malarique).

Enfin, un malade offrant le tableau clinique d'un véritable dément précoce catatonique peut avoir des symptômes neurologiques ou humoraux de syphilis cérébrale (psychose aiguë syphilitique de Marcus).

Nous donnerons nos observations en suivant cet ordre, à vrai dire un peu schématique, car on peut voir des formes de passage. C'est ainsi que le malade Raymond L..., que l'on peut placer dans le troisième groupe, semble tout de même avoir présenté au début, en plus des signes neurologiques ou humoraux, quelques troubles psychiques qui ont pu faire penser à la paralysie générale.

OBSERVATION VII (1)

Paralysie générale typique

Phénomènes catatoniques transitoires

Marcel C..., âgé de quarante-trois ans, journalier, entre dans le service le 10 novembre 1927. Le certificat est ainsi rédigé :

(1) Observation due à MM. Claude et Baruk.

« Confusion, probablement sur fond d'alcoolisme chronique avec affaiblissement intellectuel. « Torpeur et incurie, niaiserie, suggestibilité, euphorie facilement provocable. Opposition inconsciente. Persévération. Catatonie ; sur commande, chante en quittant une attitude catatonique. Pupilles normales, réflexes achilléens douteux. Pouls 64. « Nie tout ictus, excoriation faciale. »

Le 11 novembre 1927 :

Le malade se présente dans une tenue négligée, son pantalon déboutonné ; il ne quitte pas son béret en entrant dans le bureau ; il se met à pleurer en racontant les mauvais traitements que lui aurait fait subir son frère. Il ne sait pas où il est ; en tout cas, ce n'est pas à Paris. Il croit être dans un hôpital, mais il ignore lequel, et il ne se souvient pas depuis combien de temps il y est ; il y a plus de cinq jours, dit-il. Il ne retrouve le mois et l'année qu'après un moment de réflexion et ne peut dire le quantième ni le jour de la semaine. Il est indifférent à sa situation et ne se préoccupe pas de l'avenir. Il aurait cessé son travail depuis un mois et demi, son patron l'ayant remercié.

A l'examen physique, on trouve des réflexes tendineux égaux et vifs ; le réflexe cutané plantaire en flexion ; des pupilles un peu déformées (la droite est légèrement ovalaire) mais réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. Il y a du tremblement de la langue et même une petite apparence de fibrilla-

tion. On note aussi des secousses nystagmiques nettes dans le regard latéral droit et un peu aussi dans le regard latéral gauche. La démarche est normale, la parole est lente, traînante, un peu tremblée, avec quelques achoppements.

De plus, le malade présente de la catalepsie, il a le signe de l'oreiller psychique et conserve les attitudes aux membres inférieurs comme aux supérieurs. Le pouls bat à 48 pulsations par minute; les bruits du cœur sont sourds. Le malade est d'autre part dans un mauvais état général, présentant de l'amaigrissement, un peu de bronchite, une hernie inguinale droite et des excoriations multiples aux jambes.

L'examen du liquide céphalo-rachidien donne comme résultat :

Tension (couché), 21 ; Lymphocytes, 8 par mmc. ; Albumine, 0,20 ; Pandy et Wassermann positifs ; Benjoin, 002200122200000.

Le certificat immédiat est établi en ces termes :
« Affaiblissement intellectuel, torpeur, incurie, troubles de la mémoire, niaiserie, pupilles irrégulières, « écorchures mutiples. »

Le certificat de quinzaine et le certificat de transfert en date du 20 décembre concluent simplement : Paralyse générale, mauvais état physique.

Le 24 Décembre 1927 (1) :

Affaiblissement global, désorientation, incurie,

(1) Renseignements dus à l'obligeance de M. le Dr Rodiet, médecin-chef à l'Asile de Ville-Evrard, dans le service duquel le malade a été transféré.

inconscience de son état, indifférence, aisance, optimisme, approbativité. Dysgraphie. Dysarthrie aux mots d'épreuve. Pupilles déformées et réagissant mal à la lumière. Les réflexes patellaires existent. Tremblement de la langue.

Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien, partiellement positif dans le sérum.

Le 9 Janvier 1928 :

Dépression. Tristesse. Désorientation.

Le 27 Juin 1928 :

Puérilité. Sensiblerie (il pleure quand on lui enlève son journal).

Le 4 Juillet 1928 :

Le malade est transféré à Fains. Le certificat porte : Paralyse générale.

OBSERVATION VIII (1)

Démence. — Syndrome pseudo-bulbaire. — Syphilis nerveuse. — Tabes. — Phénomènes catatoniques.

Laurent C..., âgé de 63 ans, entre dans le service le 12 septembre 1928. Le certificat est ainsi libellé :

Démence syphilitique. Affaiblissement intellectuel portant sur la mémoire, l'autocritique, l'orienta-

(1) Due à MM. Claude et Baruk.

tion. Il ignore son âge, la date actuelle, les faits récents importants. Grande lenteur de l'idéation, fatigabilité. Syndrome tabétique. Abolition des réflexes des membres inférieurs. Signe d'Argyll Robertson. Strabisme. Syndrome pseudo-bulbaire avec dysarthrie, dysphagie, pleurer spasmodique, tremblement important des membres supérieurs avec hypertonie. Réflexe vélo-palatin aboli. Gâtisme. Turbulence, surtout nocturne.

Sang : Urée, 0,36 ; Bordet-Wassermann partiellement positif ; Meinicke positif.

Liquide céphalo-rachidien : Tension (assis), 51 ; albumine, 0,22 (il y a deux ans, il y aurait eu légère augmentation du taux de l'albumine) ; leucocytes, 0,4 ; benjoin, 000000222200000 ; Bordet-Wassermann négatif.

Le 12 Septembre 1928 :

Le malade est très obnubilé, état démentiel profond, il ne sait pas où il est : il est sur le boulevard, il passe des camions. Il ne peut dire son âge ni l'année, ni la saison. On lui demande les dates de la guerre, de divers événements, il répond toujours : 1886. Il ne sait dire où il habite, il prétend qu'il déménage toutes les nuits. Il dit qu'il est malade depuis six ans : à ce moment, il aurait eu un brusque dérobement des jambes sans perte de connaissance. Il reconnaît les objets usuels (porte-plumes, crayons, flacons). Il met avec une certaine maladresse le doigt au bout du nez et sur la tête, mais ne parvient pas à

exécuter les mouvements un peu compliqués. Il fait pourtant à peu près le geste des marionnettes.

Il présente une dysarthrie marquée.

Démarche à petits pas, incertaine, troubles de l'équilibre, abolition du réflexe lumineux et des réflexes achilléens et rotuliens, cutanés plantaires en flexion, cutanés abdominaux conservés, réflexe de posture très faible, oreiller psychique très marqué (pendant tout le temps de l'examen, le malade a gardé la tête soulevée).

Pas de troubles importants de la stéréognosie.

Renseignements donnés par la fille du malade :

Il y a deux ans, il était parti bien portant à son travail, on le ramena semblant abruti, obnubilé, parlant à peine, bien qu'il n'ait pas eu de perte de connaissance. Quelque temps auparavant, il s'était plaint de fatigue. Il fut soigné par le Docteur N..., puis conduit à Henri-Rousselle. Il resta huit jours à la Salpêtrière, toujours obnubilé, allant et venant. Tout d'un coup, il se mit à faire des fugues, partant et marchant au hasard, tout à fait désorienté, se déshabillant dans la rue; enfin, il devint gâteux et la marche fut de plus en plus difficile. Il n'a pas eu d'ictus, pas de perte de connaissance; avant ces accidents, il était bien portant; il a deux filles en bonne santé.

Le 13 Septembre, 1928 :

Le malade présente le facies pseudo-bulbaire (rire et pleurer spasmodiques). Affaiblissement psy-

chique accentué : il est désorienté dans le temps et dans l'espace ; il se croit en 1916, dit que la guerre a commencé en 1919 et fini en 1918 ; il croit qu'on est en hiver. Il est indifférent. Il marche à petits pas et présente une raideur marquée aux membres supérieurs et aux membres inférieurs.

Les réflexes des membres supérieurs sont très forts ; les rotuliens et achilléens sont abolis ; les plantaires se font en flexion.

Il n'a pas de troubles de la déglutition.

Le certificat immédiat est ainsi rédigé : « Affaiblissement intellectuel, désorientation, syndrome pseudo-bulbaire. Escarre sacrée. »

Le 15, Septembre 1928 :

Le malade avance à petits pas, sa marche est mal assurée, il a le facies pleurard, la bouche semi-entr'ouverte. Il prononce des paroles peu articulées, souvent difficiles à comprendre. Il répond aux questions, mais il a une désorientation énorme avec de gros troubles de la mémoire et de la fabulation.

D. — Depuis quand êtes-vous ici ?

R. — Je viens d'arriver.

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — Sur le boulevard Montparnasse.

D. — Comment, nous sommes sur un boulevard ?

R. — Oui, en plein boulevard.

D. — Il y a des voitures qui passent ici ?

R. — Mais oui, il y en a, des camions.

Fausse reconnaissance : il prend le D^r M... pour M. Lefèvre. Quelques instants après, il dit qu'il doit être dans un hôtel. Même désorientation dans le temps : Nous sommes en 1883, il est né en 1849, cela lui fait 50 ans, on est en 1886. Il est impossible de lui faire dire la date de la guerre. Il dit qu'il a changé d'hôtel toutes les nuits (il est hospitalisé depuis longtemps), qu'il ne couche jamais chaque nuit au même endroit. Il a travaillé comme cocher de fiacre, a cessé depuis quelques années. Il est marié.

D. — Qu'est devenue votre femme ?

R. — Je ne sais pas. Ah ! elle est morte, j'en suis sûr ; elle a dû mourir aujourd'hui.

Indifférence affective. Pas d'aphasie vraie ; il dénomme les objets et commet seulement quelques erreurs dans les ordres compliqués.

Interrogé sur l'histoire de sa maladie, il ne donne que des renseignements imprécis. Toutefois, il dit qu'il y a six ans, il a éprouvé une sorte de dérobement des jambes (ses jambes s'effondrant sous lui au cours de la marche), mais sans perte de connaissance. Il aurait eu toutefois quelques jours après une gêne dans les mouvements de la main droite. Peu à peu, il dut cesser tout travail.

Troubles manifestes de l'équilibre : le malade est entraîné en arrière et tombe à la moindre pulsion d'avant en arrière ; de même latéralement à gauche.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis ; les plantaires se font en flexion ; les abdominaux sont

conservés ainsi que les réflexes des membres supérieurs.

Le malade a des troubles de la déglutition ; sa parole est peu nette. Strabisme. Les mouvements des globes sont difficiles à déterminer en raison de l'obnubilation du malade. Ils semblent se faire dans les diverses directions, sauf peut-être en haut. Les pupilles sont rigides à la lumière et à l'accommodation. La convergence est presque nulle.

Phénomènes catatoniques

(Cataplexie alternant avec négativisme)

1° Remarquable conservation des attitudes aux membres inférieurs et aux membres supérieurs.

Aux membres inférieurs, conservation de la jambe au-dessus du plan du lit. Quand on relève brusquement le pied en flexion dorsale directe, on constate que cette attitude est maintenue très longtemps. Par contre, quand on recherche correctement le réflexe de posture au pied (flexion dorsale et rotation interne pour le jambier antérieur, flexion dorsale et abduction pour les extenseurs), on voit qu'il est aboli.

Aux membres supérieurs, même conservation des attitudes, mais les réflexes de posture sont beaucoup plus difficiles à rechercher en raison de la raideur.

Tête : signe de l'oreiller psychique tout à fait

net. Durant la catalepsie, le faciès est inexpressif au maximum, presque stuporeux.

La catalepsie peut parfois cesser sous l'influence de paroles, de questions, de déplacement de membres.

2° Aux membres supérieurs, raideur qui augmente considérablement au fur et à mesure qu'on fait effectuer des mouvements au malade, et qui prend avec une netteté extrême le type d'une résistance volontaire, active, d'un négativisme. On a l'impression d'une véritable lutte pour fléchir son bras ou pour l'étendre.

A ce moment, faciès absent, fixe, avec oreiller psychique.

On peut toutefois faire cesser la raideur et le négativisme en demandant au malade : « Ne vous raidissez pas, laissez-vous aller. » On obtient alors le relâchement musculaire qui se produit toujours en même temps que le faciès s'éveille de nouveau, et que le malade semble sortir de son état stuporeux, donc en rétablissant temporairement l'initiative motrice.

Le 26 septembre 1928 :

Le certificat de quinzaine porte :

« Syphilis nerveuse, diffuse, avec syndrome catatonique. »

Le 10 octobre 1928 :

Attitude habituelle. Oreiller psychique. Bouche semi-entr'ouverte. Regard inexpressif.

D. — Comment cela va-t-il ?

R. — Pas trop bien, le mal de tête...

D. — Vous avez mal à la tête ?

R. — Oui, peut-être, (bredouillant des bourdonnements).

D. — Souffrez-vous d'autre part ?

R. — Des reins.

D. — Dormez-vous bien, mangez-vous bien ?

R. — Oui.

D. — Depuis combien de temps êtes-vous arrivé ici ?

R. — Il y a huit jours.

D. — Où étiez-vous avant de venir ici ?

R. — Ici... ici... (écholalie, répète : avant de venir ici)... tout à l'heure, à côté.

D. — Dans quel hôpital êtes-vous ici ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Où habitez-vous ?

R. — Ah ! je ne peux plus me rappeler les noms. (Gestes, plisse les draps, les mord, les retourne.)

D. — En quelle année sommes-nous ?

R. — 1889.

D. — La guerre ?

R. — En 1880, en 1868, une de ces dates-là.

D. — Qui est président de la République ?

R. — Président, président... Ces jours-ci, j'avais encore de la mémoire, mais depuis hier, avant-hier, ça m'a tout coupé.

D. — Quel mois?

R. — Pour trouver, je ne trouve rien.

Il dit les mois de l'année, puis quand on lui demande les jours de la semaine, il recommence à nommer les mois. (Intoxication indéfinie). Il dit qu'il s'est marié en 1924, avant l'exposition générale, au mois de mars, qu'il a trois enfants âgés de 11 ans, 15 ans et 25 ans, et que lui-même a 60 ans.

D. — Quelle est la date de votre naissance?

R. — Au mois de mars.

D. — En quelle année?

R. — Au mois de mars... c'est plutôt le mois de mars.

Pas de paraphrasie : au commandement, il ferme la bouche, met la main sur la tête, montre le pouce gauche, met le pouce à l'oreille droite.

Il paraît complètement aveugle, ne peut nommer les objets ni décrire ce qu'il voit, non plus que compter ses doigts. Il est inconscient de sa cécité et fabule. Quand on lui demande de compter le nombre de malades dans les lits, il dit : 3, 4, 5, 6, 7, 8, et ne s'arrête plus.

Il a la tête le plus souvent tournée à gauche, le facies tombant. Dysarthrie marquée. Bredouillement. Strabisme externe de l'œil gauche. Pupilles en mydriase ne réagissant pas à la lumière. Langue ne présentant pas d'atrophie. Voix rauque. Rire et pleurer

spasmodiques par intervalles. Pleurer spasmodique au cours de l'examen.

Le malade ouvre très bien les yeux volontairement sur un ordre. Quand on cherche à les ouvrir : négativisme. Au bras également, négativisme typique qui cesse par appel au relâchement volontaire.

Au biceps, le réflexe de posture est aboli. Contraction variable. Le malade n'est vraiment souple qu'après ordre volontaire. Les réflexes cutanés abdominaux semblent abolis. Le réflexe du voile est aboli. Par moments, le malade a des mouvements stéréotypés des mains (balancement). Il réclame à manger.

Dans l'étude des mouvements de flexion passifs de l'avant-bras sur le bras, on observe que, tantôt au bout de deux ou trois épreuves, le malade précède le mouvement, et tantôt, au contraire, le mouvement passif déclenche une opposition progressive, qui ne cesse que par l'incitation volontaire.

Le 22 Octobre 1928 :

Mort par cachexie.

A côté de cette observation, nous en plaçons une autre, où la preuve n'est pas faite de l'existence d'une syphilis nerveuse, mais qui nous a paru digne de quelque intérêt au point de vue clinique.

OBSERVATION IX (1)

Démence profonde. — Syphilis probable

— Phénomènes catatoniques

Firmin H..., âgé de 57 ans, ébéniste, entre dans le service le 31 octobre 1928. Le certificat est ainsi rédigé: « Démence pseudo-bulbaire, psychisme de lacunaire grave, désorientation, désintérêt, gâtisme, « turbulence surtout nocturne, facies figé, hypertonie très accentuée généralisée avec contraction « maxima du tendon du biceps droit, contraction « qui cède à cinq minutes d'effort passif d'extension « et de flexion. Signe de la préhension ébauché à « droite, hyperalgésie droite, semble-t-il, réflexe « palmo-mentonnier très vif à droite seulement et « localisé dans l'hémi-menton droit, pupilles réagissant à la lumière, mais ne maintenant pas la contraction.

« Liquide céphalo-rachidien : tension 45; albumine 0,18; leucocytes 4 par mmc.; benjoin 000002210000000; Meinicke et Wassermann négatifs.

« Tension artérielle : 19,8. »

Le 2 Novembre 1928 :

Le malade, à son entrée, présente un syndrome pseudo-bulbaire. On note une hypertonie générali-

(1) Malade de la clinique.

sée qu'on peut arriver à vaincre, mais très difficilement, avec une attitude en flexion des membres inférieurs et supérieurs. Le réflexe plantaire, dont la recherche est difficile, semble se faire en flexion. Les réflexes tendineux ne sont pas exagérés.

Au point de vue psychique, il semble qu'on soit en présence d'un état de démence profonde; le malade ne parle pas spontanément, ne répond pas aux questions, ne semble pas comprendre. Son facies est figé, inexpressif, il n'y a pas de rire ni de pleurer.

Cet examen est résumé par le certificat suivant : « Syndrome pseudo-bulbaire, démence, gâtisme, ulcères variqueux. »

Les renseignements donnés par la cousine du malade nous apprennent que le début des troubles remonte seulement à la fin du mois d'octobre, quelques jours avant l'entrée à l'hôpital. L'attention de sa cousine fut d'abord attirée par un tremblement généralisé : « On aurait dit qu'il frissonnait; je pensais qu'il avait froid. » Puis, quatre jours après, on s'aperçut qu'il était manifestement troublé : il déchirait le journal, enflammait les allumettes, cherchait à couper un édreton; en même temps, il ne parlait plus et faisait des gestes incohérents; il commettait des erreurs énormes dans les actes courants, mettant son pantalon à l'envers ou portant sa montre à sa bouche comme pour l'avaler.

Avant cette période, il semblait tout à fait normal, travaillant activement, correctement, régulière-

ment; la veille du début, il avait encore fait son travail comme d'habitude.

Il ne semble pas avoir présenté des pertes de connaissance ou des malaises. Toutefois, dans la semaine précédente, il s'était absenté un temps très anormal pour faire une course, ne rentrant que le soir, ce qui avait beaucoup étonné son patron.

Dans les antécédents, on note :

1° Un éthylysme marqué (vins, apéritifs, alcool sous toutes ses formes) ;

2° Un traumatisme cranien il y a moins de deux ans, consistant en une chute sur la tête dans une cave avec perte totale de connaissance, accident à la suite duquel il fut soigné trente-cinq jours à Boucicaut où, dit-il, on le trépana (on ne trouve pas de cicatrice de cette trépanation), après quoi il sembla bien rétabli et reprit ses occupations.

3° Une syphilis très probable, mais que les renseignements donnés ne permettent pas d'affirmer absolument. Le malade a un ulcère variqueux qui daterait de six ans.

Le 17 Novembre 1928 :

Le malade reste couché immobile, présentant le signe de l'oreiller psychique. Son facies est inexpressif, il ne répond à aucune question, mais fait quelques mouvements de mains. Il exécute l'ordre de fermer les yeux, puis ensuite il répète ce geste aux autres ordres qu'on lui donne. Lorsqu'on lui dit de mettre la main sur la tête, il fait un vague mouve-

ment des mains. Il n'obéit à l'ordre d'ouvrir la bouche qu'après qu'on a fait ce geste. Il ne répond pas plus aux invitations écrites qu'à celles faites oralement. Toute lecture est impossible. L'anarthrie est à peu près totale, quelques sons incompréhensibles sont seuls émis ainsi que quelques syllabes: ba... oui... moi...

L'examen neurologique montre les signes suivants:

Aux membres supérieurs, on constate tout d'abord une bonne conservation de la force musculaire: le malade serre la main assez fort, plus fort à droite.

En essayant d'imprimer au membre supérieur droit des mouvements passifs, on constate les deux phénomènes suivants, qui ne se produisent pas à gauche:

a) Une résistance active dans la flexion de l'avant-bras sur le bras, le malade déployant un effort dont l'intensité semble proportionnelle à la brusquerie des mouvements imprimés;

b) A d'autres moments, une passivité marquée, le malade avançant les mouvements passifs imprimés et finalement exécutant la flexion et l'extension spontanées de l'avant-bras.

La tonicité semble à peu près normale à gauche; on provoque facilement le ballottement de la main. A droite, il est impossible d'explorer la tonicité dans les mouvements passifs, le ballottement provoquant des contractions actives des muscles des

segments voisins et de nouveau du négativisme. Ce phénomène est particulièrement net au niveau de la main. Quand on fléchit la main sur le poignet en saisissant la main par la paume, on provoque à droite des mouvements de préhension aboutissant tantôt à une occlusion de la main, tantôt à des mouvements rythmiques réguliers d'ouverture et de fermeture de la main.

A la palpation des muscles au repos, on voit que ces derniers sont à gauche moins souples, mais sans véritable raideur.

De simples petites secousses imprimées aux doigts de la main droite provoquent des mouvements d'émiettements très courts, qui ne sont pas comparables à ceux qu'on observe dans le parkinsonisme, mais sont plus complexes et variables.

Quand on soulève le bras en l'air, on note une certaine tendance à la conservation des attitudes, mais ensuite le malade remue son bras, le place sur sa tête, le prend avec l'autre main comme s'il ne savait ce qu'il doit faire.

Les réflexes de posture du biceps sont à droite très variables ; les deux premières secousses le donnent très fort, les deux suivantes presque nul. En recommençant quelques instants après, le réflexe apparaît avec les mêmes caractères. En voulant chercher le réflexe radial, on déclenche de nouveau des mouvements d'ouverture et de fermeture de la main et d'émiettement d'apparence volontaire que le malade arrête aussitôt.

Le réflexe radial est un peu vif, le réflexe cubital et le réflexe tricipital sont très vifs.

A gauche, les réflexes sont vifs également, mais moins qu'à droite.

Les réactions pilo-motrices et idiomusculaires sont très marquées, surtout à droite.

Aux membres inférieurs, on constate une tendance assez nette à la catalepsie, mais seulement à gauche; à droite, même passivité qu'aux membres supérieurs; le mouvement de flexion de la jambe sur la cuisse exécuté une fois est continué par le malade. Il n'y a pas de négativisme.

Au repos, les muscles sont souples.

Les réflexes rotuliens sont très forts des deux côtés. Les achilléens nets à droite diffèrent à gauche à cause de la présence d'un ulcère. Les réflexes plantaires paraissent plutôt en flexion; il n'y a pas d'extension.

Pas de clonus du pied.

Le réflexe du jambier antérieur paraît très fort à droite. A noter qu'ensuite le malade continue le mouvement imprimé pour la recherche du réflexe.

Le réflexe de posture du creux poplité semble très fort.

Contractions vives du demi-membraneux à la percussion du tendon rotulien à droite.

A gauche, les contractions sont moins vives. Il n'y a pas de réflexe de défense.

Le malade marche à petits pas, les jambes un peu écartées, le bras droit ne balance pas, le coude

est à demi-écarté du corps. Le réflexe d'attitude du jambier est conservé.

Les réflexes abdominaux sont faibles, plus à droite, mais non abolis.

A la face, on note :

L'oreiller psychique, du pleurer spasmodique.

Le visage est assez peu expressif, et la partie inférieure est tombante, inerte.

Le front est plissé ; la différence s'accroît dans la mimique (douleur).

La face est beaucoup moins mobile à gauche qu'à droite.

A la pression des branches montantes du maxillaire, les deux côtés de la figure se contractent, mais avec un retard du côté gauche.

La pression de la branche montante provoque également la grande ouverture de la bouche.

On ne remarque pas à la vue de troubles de la déglutition des liquides (le malade a pris le verre de la main gauche), ni des solides (il a tenu son pain de la main gauche).

Le réflexe du voile est faible : la langue reste collée au plancher de la bouche, il n'y a aucune atrophie.

Le malade en somme mange correctement, mais en se servant de la main gauche.

Le 7 Décembre 1928 :

Le malade présente de l'agitation motrice, obligeant à le maintenir. Il se tient en chien de fusil,

remuant continuellement les jambes et paraissant chercher à se débarrasser de sa camisole. La face est atone, la bouche entr'ouverte. Il ne parle jamais spontanément et ne répond pas aux questions. Quand on l'interroge, il semble faire quelques mouvements d'articulation, mais sans émettre de sons. Il s'alimente d'une façon irrégulière. Il gâte au lit.

Le 25 Janvier 1929 :

Wassermann dans le sérum négatif.

Le 5 Mars 1929 :

Certificat de situation : « Paralyisie pseudo-bulbaire avec démence accentuée. »

Le 13 Avril 1929 :

Verbigération de mots souvent incompréhensibles parmi lesquels on reconnaît toutefois : C'est bien possible... Je ne sais pas..., etc. Il parle en serrant les dents, fait des grimaces. On lui frappe sur la tête, il dit : Non, non, fait un geste de colère et crie.

Le 28 Avril 1929 :

Le malade reste dans son lit. Il est parfois turbulent, se lève. Il est dans un état d'émaciation et de cachexie extrêmes. Il pousse des grognements incompréhensibles dans lesquels on peut reconnaître seulement le mot : Oui. Il a des réactions mimiques et de gestes. Quand on le pince ou qu'on le chatouille, il fait une « grimace » qui rappelle

un peu l'expression dite « de mauvaise humeur » chez les animaux. Il retire le membre quand on le pince. Quand on lui touche la main, il fait le mouvement de prendre la nôtre. Fréquemment, il fait avec l'index un mouvement d'indication. Parfois, il réagit au pincement par un geste de frapper.

On approche un morceau de pain ; aussitôt il ouvre la bouche et y met le morceau tout entier ; il se cache sous ses couvertures, puis oublie son pain. On approche la main, il fait le geste de mordre ; on lui montre à nouveau le pain, il recommence à mordre dedans. On le met debout, il y demeure et fait un geste d'indication avec les doigts.

Il exécute aussi quelquefois un mouvement de pédale. Ces jours derniers, on l'a observé faisant des gestes d'étreinte et d'embrassement avec un autre malade catatonique, gestes se prolongeant pendant des heures sur un rythme très lent.

Le 12 Mai 1929 :

Mort par cachexie. L'examen macroscopique du cerveau ne montre rien de particulier : il n'y a pas de lésion en foyer. L'examen histologique n'a pas pu encore être pratiqué.

OBSERVATION X (1)

*Syndrome hébéphréno-catatonique caractéristique
Syphilis en 1919 — Syndrome humoral spécifique
Inégalité pupillaire — Argyll*

Raymond L..., âgé de vingt-sept ans, né à Carcassonne le 23 Juin 1901, entre dans le service le 27 Janvier 1927. Le certificat d'internement a été ainsi rédigé :

« Etat anxieux atypique, incertitude morbide,
« perplexité, doute, appréhensions, troubles de la
« mémoire, confusion dans les dates, contradictions.
« Inégalité pupillaire. Inertie irienne. »

Les renseignements donnés par la famille et par le Docteur F..., qui a soigné le malade avant son hospitalisation, nous apprennent que les premiers troubles se sont manifestés en 1923. Il s'est agi d'abord de céphalées fréquentes — surtout après les repas —, de vertiges, éblouissements, vomissements « sans effort », surtout le matin après le petit déjeuner. En même temps sont apparus des troubles de la mémoire ; obnubilation passagère, idées de jalousie contre sa femme et de persécution, notamment contre son patron, qu'il accuse d'avoir provoqué sa maladie par une piqure ; ces troubles allèrent en s'accroissant pendant deux ans, puis se seraient en partie

(1) Malade de la clinique.

atténués depuis 1925. Toutefois, les idées de persécution étaient très actives en 1926. Il menaçait sa femme de l'étrangler, l'accusant de faire partie d'une bande de persécuteurs et de le piquer la nuit pour aller le tromper. En même temps, il s'acquittait de plus en plus mal de son travail, commettait des erreurs, était négligent, irrégulier, gaspillait de l'argent et faisait des dépenses inconsidérées.

Le Docteur H..., qui le vit en 1926, posa le diagnostic de paralysie générale. Un Bordet-Wassermann pratiqué dans le sérum à ce moment fut fortement positif, et le malade reçut à Saint-Louis un traitement consistant en deux séries de Novarsenobenzol.

Dans le passé du malade, on note seulement des convulsions de la première enfance, une blennorragie avec orchite à seize ans, et, fait très important, à dix-huit ans, en 1919, un chancre syphilitique dont il porte la cicatrice, chancre sur le traitement duquel on ne peut obtenir de précision; par contre, on apprend qu'en 1924, sa femme a fait une fausse couche.

Au point de vue psychique, Raymond semble avoir été normal jusqu'en 1923. Il a quitté sa ville natale à quatorze ans après la mort de sa mère et par suite de dissentiments avec sa belle-mère. Il a depuis ce moment exercé dans plusieurs villes des professions diverses, mais sans toutefois manifester une instabilité particulière: il a pu notamment demeurer pendant six ans à Caen dans la même place; c'est dans cette ville qu'il s'est marié en 1919.

Puis en 1921, il est venu à Paris, où il a exercé les métiers d'emballleur et de livreur. Il a fait deux années de service dans l'aviation; il a pu passer l'examen d'observateur, mais il n'a pas obtenu de grade. Il a été bien portant pendant toute cette période et c'est après sa démobilisation seulement, en 1923, que sont survenus les troubles que nous avons rapportés.

En Janvier 1927 :

Le malade présente un syndrome de dépression avec anxiété. Il s'inquiète, ne comprend pas, pense qu'il y a un mystère. Il n'exprime pas de véritables idées de persécution; on l'a ennuyé, dit-il, « mais c'est fini »; il manifeste toutefois des sentiments de jalousie à l'égard de sa femme, à laquelle il reproche d'autre part d'avoir voulu se débarrasser de lui, l'accusant de vouloir divorcer.

Il y a de grosses lacunes mnésiques, des contradictions continuelles, mais cet affaiblissement de la mémoire n'est pas global et est souvent conscient. Inactivité pratique: « Il est comme un enfant, dit sa femme, il faut diriger tous ses actes. »

Au point de vue physique, le réflexe patellaire droit est moins vif que le gauche, les achilléens sont normaux. Il y a inégalité pupillaire, strabisme interne droit avec scotome central, pupille droite ovale, Argyll Robertson. Tension artérielle : 14.8.

Sang : Urée 0,28; Wassermann négatif.

Liquide céphalo-rachidien : tension 23; albu-

mine 0,30; sucre 0,77; 1 lymphocyte par mmc.; Wassermann négatif.

Le certificat immédiat suivant est rédigé : Dépression psychique. Troubles de la mémoire; anxiété par intervalles. Inégalité pupillaire. Argyll.

En Février 1927 :

Quinze jours après son entrée, le malade n'est plus anxieux. Il se plaint de vertiges.

Lenteur de l'idéation.

Pas de troubles mnésiques.

Conscience partielle de l'état morbide : il y a des moments, dit-il, où il sent qu'il oublie jusqu'à sa femme.

Nie toutes les idées de persécution précédemment exprimées ; prétend qu'il a raconté toutes ces choses en état d'ivresse.

Le certificat de quinzaine est ainsi libellé :

« Affaiblissement intellectuel, anxiété par intervalles, inégalité pupillaire, Argyll, spécificité cérébrale. »

Le malade reçoit un traitement par une série de sulfarsénol en juillet 1927.

Le 2 Janvier 1928 :

Le malade présente un aspect catatonique caractéristique : facies inerte, sans expression, air absent. Il garde un mutisme complet et ne répond à aucune question.

Il conserve indéfiniment les attitudes imposées

aux membres supérieurs comme aux inférieurs. On peut cependant faire parfois cesser la catalepsie par un ordre bref ou bien en exerçant certaines diversions psychiques (déplacement de membres, mouvements des doigts devant les yeux).

Il exécute passivement comme un automate, au commandement, les ordres, même les plus bizarres : se coucher sous le lit, mettre la jambe en l'air, marcher à quatre pattes, etc.

Les réflexes de posture présentent l'aspect habituel en pareil cas : apparence d'exagération énorme, mais variabilité; déclenchement avant la flexion dorsale du pied, décontraction brutale.

Liquide céphalo-rachidien : Tension 26; 8,4 éléments par mmc.; albumine 0,40; Wassermann négatif; Pandy positif; Benjoin 0010002200000000.

Sérum : W. positif partiel faible.

Le 11 Janvier 1928 :

Le malade est sorti de son mutisme. Son expression est puérile, enfantine; il sourit, il rit, il serre la main de ceux qui s'approchent de lui.

« Cela va bien, je fraternise avec tout le monde. — C'est ce qui a manqué, la fraternité. Je suis comme un petit enfant bien sage, avec une petite maman, un petit papa.

D. — Où sont vos parents?

R. — Marguerite B... est ma petite maman.

D. — Où est-elle?

R. — Elle doit être... ah ! je ne sais pas la na-

tionalité qu'elle a... Elle doit faire les lunes... C'est ce qu'il me faudrait.

D. — Que veut dire : faire les lunes ?

R. — C'est comme les lunes qui sont dans le ciel. Il y a des ronds, de la couleur. Je ne suis pas trop au courant.

D. — Vous écrit-elle ?

R. — L'écriture est une chose rare pour les personnes.

D. — Vous êtes marié ?

R. — Oui, j'avais une maman.

D. — Et votre femme ?

R. — Elle vient me voir, oui (d'un ton indifférent) de temps en temps. C'est très difficile les femmes.

D. — Cela vous est-il agréable ?

R. — Encore assez (d'un ton de complète indifférence).

D. — Cela ne vous prive pas de ne pas voir votre femme ?

R. — Non, non, je ne suis pas porté là-dessus.

D. — Qu'allez-vous devenir ?

R. — Ah ! Ah ! Oui. S'il n'y a pas moyen de me soigner, je me ferai sauter la tête (ton indifférent, rire). Je suis un peu détraqué (rire) comme on dit, comme la pluie se lève, comme le temps descend.

D. — Votre état ne vous inquiète pas ?

R. — Non, non, du tout, du tout, ah ! mais pas du tout, du tout. Tout se remet. Ce serait malheureux dans les temps d'aujourd'hui si on ne se remet-

tait pas d'une petite méningite cérébrale. Oh ! ce n'est rien, cela se guérit. Il ne faut pas désespérer.

D. — Que ferez-vous quand vous serez guéri ?

R. — Ce sera à votre volonté ; je suivrai votre volonté ; j'irai où vous voudrez.

D. — Avez-vous une idée ?

R. — Il faudrait que je sois en plein bois, le plein air comme au service. J'étais bien au service militaire, bien nourri. Il nous a manqué la fraternité ; on ne s'embrassait pas, ni rien du tout. Par exemple une cordiale poignée de mains. Il y aurait eu de la fraternité. Il y avait un peu de mélange entre hommes de troupes. Ce qu'il me faudrait, c'est la campagne avec un petit pistolet, une petite carabine, des petits oiseaux. Je suis un gosse, un petit enfant ; des jolis petits oiseaux. Je m'amuserais, je partirais n'importe où.

L'orientation et la mémoire semblent très touchées. Le malade ne peut indiquer exactement sa date de naissance, et est incapable de donner des renseignements sur le début de sa maladie. Il ne peut dire ni l'année ni le mois et, s'il pense que c'est l'hiver, il dit aussitôt après que l'on est en juillet. Il semble d'ailleurs faire des réponses quelconques, sans effort d'attention, et dit souvent : Je ne sais pas bien.

L'activité est nulle. Il reste certains jours au lit, semblant dormir continuellement.

Conservation des attitudes. Tendance à la passivité.

Réflexes : rotuliens très vifs; achilléens normaux; plantaires en flexion.

Le 2 Février 1928 :

Liquide céphalo-rachidien : 3 éléments par mmc, albumine 0,70; Pandy et Wassermann négatifs.

Un traitement par le sulfarsenol est fait du 26 Janvier au 24 Février.

Le 4 Avril 1928 :

Le matin, le malade se présente sous les apparences du sommeil : decubitus dorsal, yeux clos, immobilité totale. On note seulement de petits tressaillements des paupières. On ne peut pas le réveiller. Si on cherche à ouvrir les paupières, on sent une résistance très marquée. Il y a un négativisme, une opposition à tous les mouvements provoqués. Aucune parole, aucune réponse.

Les jours précédents, le malade a été agité et a eu une impulsion : il s'est levé brusquement, a cassé un carreau avec sa tête qu'il a frappée également contre le mur plusieurs fois. Il a crié ; on a dû le camisolier. Cet état a fait place rapidement à l'immobilité et au négativisme.

Au bout de quelques heures, vers la fin de la matinée, il répond de nouveau aux questions, mais semble absent, distrait, et paraît répondre n'importe quoi.

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — 15 ans... 18 ans... Je suis un petit fanfan.

D. — Comment cela va-t-il ?

R. — Mal. Oh ! je n'ai plus rien. Je n'ai plus de corps. Vous me prenez tout. (Rire brusque, puis retombe dans le mutisme).

D. — Pourquoi avez-vous cassé un carreau ?

R. — Vous m'avez crevé ; vous m'avez tout enlevé ; vous portez les marques de tout ce que vous m'avez fait. Votre main est violette, Monsieur Roger... Je dois rester un petit enfant, un tout petit enfant.

D. — Et votre pensée ?

R. — Elle est à moi, oui, je la tiens.

D. — Que vous a-t-on enlevé ?

R. — Tout, tout, c'est la mort m.o.r.t. en cinq lettres.

A ce moment, on ne note pas de conservation des attitudes.

Le 23 Avril 1928 :

Mutisme au début de l'examen. Pense être ici depuis cinq ou six mois. Voudrait se promener dans le jardin.

« J'aurais dû descendre dans le jardin pour faire cinquante tours. Je voudrais retourner dans ma chambrette qui est à la maison, ici. »

D. — Avez-vous vu votre femme ?

R. — Je n'ai pas de femme. Je me sens faible, faible. Je ferai beaucoup de promenades, beaucoup de promenades.

(Se plaint d'avoir un peu mal à la tête parce qu'il a trop travaillé.)

D. — Où est votre père?

R. — Je ne sais pas... à Toulouse?

D. — N'est-il pas à Carcassonne?

R. — Oui, à Carcassonne.

D. — En quelle année sommes-nous?

R. — 1921.

D. — Quel âge avez-vous?

R. — Vingt et un ans.

D. — Voulez-vous vous en aller?

R. — Oui.

D. — Pour aller où?

R. — Me promener.

D. — Quelle est la couleur de votre veste?

R. — Bleu marine (exact).

D. — La capitale de la France?

R. — Paris.

D. — Où est située Marseille?

R. — Au sud.

D. — Près d'une mer?

R. — Oui, Méditerranée.

D. — Où êtes-vous ici?

R. — Dans le bureau de Papa Louis.

D. — Qui est papa Louis?

R. — Je ne vois pas.

Le malade est incapable de faire une addition simple ($2 + 3 = 6$; $3 + 8 = 4$; $2 + 2 = 6$).

On dit au malade : Allez au lavabo, ouvrez le robinet, ouvrez la porte et revenez vous asseoir. Il

exécute une partie seulement de ces ordres en faisant fréquemment le salut militaire.

D. — Il y a eu des élections hier?

R. — Oui, mais je ne vois pas de quel côté... du côté de Brest... Sables d'Olonne.

Elections — C'est fou, être candidat près des pauvres, c'est fou, servir d'interprète à la liberté du droit.

D. — Voulez-vous être député?

R. — Oui, j'aimerais bien. J'ai envoyé ma démission, je pourrais me représenter, c'est parce que j'ai été malade.

En partant, le malade dit : au revoir, donne une poignée de mains franchement en disant : « Vous permettez? »

A été impaludé le 6 Avril et a présenté des accès réguliers qui ont été arrêtés par la quinine le 25 Avril.

Le 7 Décembre 1928 :

Le malade est couché à plat ventre dans son lit, la face contre l'oreiller, les mains ramenées près des yeux, semblant dormir. Il résiste opiniâtrement à toutes les sollicitations, s'oppose aux changements de position et ne répond à aucune question. Il présente de la persévérance des attitudes. Il passe toutes ses journées ainsi, gâtant même au lit.

Le 15 Décembre 1928 :

Le malade est à demi assis sur son lit, la tête inclinée, répétant indéfiniment le geste de se gratter l'ongle du médius avec l'index de l'autre main.

D. — Où est votre papa?

R. — A la maison, à Carcassonne.

D. — Et votre mère?

R. — Au ciel.

D. — Et vous?

R. — Ici.

D. — Qu'est-ce ici?

R. — ... (Réponse incompréhensible.)

D. — Quelle est la date?

R. — Juillet-Août 1914.

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici?

R. — Ça fait exactement la même chose, sincèrement, vingt jours, vingt-cinq jours... Je suis petit devant vous, je n'ai pas beaucoup de fièvre.

D. — Regardez-moi.

R. — Je vous vois sincèrement.

D. — Il y a plus de vingt jours que vous êtes ici?

R. — Cinq jours... une dizaine.

D. — En quelle année sommes-nous?

R. — 25 Janvier 1914... Je ne sais pas ces choses-là.

D. — Connaissez-vous la date de la déclaration de guerre?

R. — Le bon Dieu m'a dit que j'étais mauvais.

D. — Vous êtes mauvais?

R. — Un petit peu.

D. — Vous avez fait des bêtises?

R. — ...sauf mon respect.

D. — Pourquoi parlez-vous comme un enfant?

R. — Comment voulez-vous que je parle? C'est difficile.

D. — Levez-vous.

R. — (Reste assis et continue le même geste).

D. — Levez-vous.

R. — (Il se lève, se rassied).

D. — Allongez-vous par terre.

R. — (Reste assis).

D. — Levez-vous.

R. — (Il se lève). Je vais monter là-haut, je vais redescendre, je vais voir mes amis.

D. — Déshabillez-vous.

R. — Tu me reverras bien... (Finit par se déshabiller après plusieurs arrêts).

D. — Enlevez vos chaussettes.

R. — Je ne peux pas les enlever.

Réflexes rotuliens peu forts; achilléens faibles; plantaire normal; réflexes de posture normaux.

Conservation des attitudes très marquée. Oreiller psychique.

Le 29 Décembre 1928 :

Couché dans son lit en attitude fœtale. Négativisme. N'exécute aucun ordre. Mutisme. Impulsion : se lève brusquement pour frapper. Inactivité complète. Tout à fait indifférent lorsqu'il reçoit la visite des siens.

Le 8 Janvier 1929 :

Couché sous ses couvertures, le corps replié. Opposition à l'examen. Mutisme.

Le 1^{er} Mars 1929 :

Même attitude.

« Cela va très bien. Je ne fais rien.

D. — Désirez-vous quelque chose?

R. — Ce que vous voudrez.

D. — Dites-moi quelle est la date.

R. — 26 Janvier 1924... 26... Je ne sais pas au juste. (Sourires.)

Se recouche. Ne répond plus aux questions.

Le 10 Avril 1929 :

Même état mental.

Pupilles inégales (la droite plus grande que la gauche), inertes à la lumière. Rotuliens égaux.

Examen du liquide céphalo-rachidien :

1 lymphocyte par mmc.; Réaction de Pandy faiblement positive; Albumine 0.40; Wassermann négatif; Benjoin 0000002200000000.

Wassermann dans le sérum négatif.

En résumé, il s'agit chez un syphilitique (B. W. positif dans le sang en 1926) d'un véritable tableau d'hébéphréno-catatonie qui s'est constitué à la suite d'un syndrome méningé (céphalée, vomissements) accompagné de signes neurologiques de spécificité nerveuse (inégalité pupillaire, Argyll). L'examen du

L. C. R. ne montre que des signes discrets, mais pourtant nets en janvier 1928, à la suite de la réactivation par le traitement au sulfarsenol.

OBSERVATION XI (1)

Syndrome hébéphréno-catatonique ayant débuté d'emblée moins de deux ans après l'accident initial. — Syndrome humoral spécifique très positif en Janvier 1928, très atténué en Mai 1929. — Pas de signes neurologiques.

Charles R..., âgé de 30 ans, entre le 23 Février 1929. Le certificat d'entrée est le suivant :

« Syndrome catatonique avec catalepsie, passivité, inertie, indifférence affective, mutisme, syphilis nerveuse, traitée par l'impaludation. Le 9 Avril 1928, la ponction lombaire donne : aspect du liquide clair, albuminose 0,65, leucocytose 4,9, benjoin négatif, Targowla négatif, Calmette Massol H0, Bordet-Wassermann H4. Examen du sang : Wassermann H8 et Hecht H6. Malarié le 11 Juillet 1928. Ponction lombaire faite le 11 Septembre 1928 montre : albuminose 0,50, leucocytose 6,2, Bordet-Wassermann H8, Calmette Massol H8, benjoin subpositif. »

Ce malade vient de la Salpêtrière et a été présenté à la Société de Neurologie dans sa séance du

(1) Malade de la clinique.

7 Juin 1928 par MM. Crouzon, Justin-Besançon et Paul Ducas. Nous reproduisons *in extenso* l'observation publiée dans la *Revue Neurologique* de Juillet 1928.

« Le malade, âgé de 29 ans, est envoyé dans le service par M. le P^r Lemierre. Il a été hospitalisé à l'hôpital Bichat le 16 Janvier 1928. A cette époque, son observation se résumait de la façon suivante : il est dans un état d'obnubilation complète; on arrive difficilement à savoir son nom et son âge; il est indifférent à ce qui l'entoure; très amaigri, il présente une raideur généralisée prédominant au niveau des membres inférieurs, qui sont comme soudés; son ventre est rétracté, en bateau. Ses mains et ses doigts sont fléchis et contracturés; les muscles du cou paraissent libres et le malade fléchit la nuque; il résiste aux mouvements qu'on veut lui faire faire; les réflexes sont normaux, sauf le rotulien droit et l'achilléen gauche qui semblent abolis; on ne note ni Babinski ni clonus.

L'examen général ne montre rien d'anormal, si ce n'est une cicatrice sur le dos de la verge, mais sans ganglions inguinaux, et l'existence d'un petit ganglion sus-épitrochléen droit.

A ce moment, on peut obtenir de son entourage les renseignements suivants : Le malade a été mobilisé vers la fin de la guerre. Il a été fait prisonnier et est resté à Landau trois mois. Revenu chez lui, il semble normal, alerte et travaille de façon régulière. En mai 1924, il aurait contracté un chancre.

Dix-huit mois avant le début des troubles actuels, il devient taciturne, ne cause plus, répond mal aux questions, se cache quand on veut lui parler. Il se plaint de céphalée. Puis il abandonne son travail, se couche, ne peut plus se lever, ne se lave plus et reste ainsi jusqu'au moment où on le transporte à Bichat, en ambulance.

Dans le service du P^r Lemierre, une ponction lombaire est pratiquée qui donne : 99 lymphocytes; 0,45 albuminose; Bordet-Wassermann fortement positif.

On le met à un traitement au novarsenobenzol. Son état se modifie peu. Deux autres ponctions montrent cependant une diminution notable de la lymphocytose (71,4 à une 2^e P. L., 9,2 à une 3^e P. L.)

Le 9 Avril, il entre à la Salpêtrière.

A son entrée dans le service, l'examen pratiqué donnait les résultats suivants : on se trouve en présence d'un malade amaigri, en mauvais état général. Il est plongé dans un état de prostration complet, ne parle pas spontanément, n'a aucune initiative. Il est gâteux, sale, ne se lave pas. Il ne demande pas à manger, mais quand on lui présente des aliments, il ne les refuse pas; encore faut-il lui mettre l'assiette entre les mains. Il reste immobile auprès de son lit, ou au milieu de la cour, assis sur l'herbe, l'air détaché de tout ce qui l'entoure.

Quand on l'interroge, il reste un moment sans répondre. Si on insiste, il répond ponctuellement, tantôt d'une façon précise, tantôt n'importe quoi, un

mot qui n'a aucun rapport avec la question. Parfois les paroles émises n'ont aucun lien logique avec la conversation.

D. — A quoi pensez-vous ?

R. — A la pâtisserie.

D. — Pourquoi pensez-vous à la pâtisserie ?

Pas de réponse. Il ne semble pas cependant qu'il y ait de troubles dans l'articulation des mots. Souvent il s'arrête au milieu d'une phrase et, brusquement, cesse de répondre.

Son regard se fixe sur un point de la salle, perdu et indifférent. Il n'y a pas d'idées délirantes ni d'hallucinations. Par moments, on peut lui faire dire où il est, mais il se trompe sur le nom de l'hôpital.

Son facies, le plus souvent, est inexpressif et immobile. La tête est en flexion et rotation. Mais sur ce fond d'immobilité, parfois la physionomie prend une expression déterminée, très variable, mais qui reste figée pendant un certain temps (aspect d'ironie, sourire bête, avec la lèvre supérieure relevée, masque contracté, douloureux). Mais ces jeux de physionomie ont un caractère artificiel, non motivé par l'émotion. Parfois on note un sourire brusque, immotivé et niais.

Couché, le malade reste immobile et conserve les attitudes les plus variables : la plus fréquente est celle en chien de fusil, ou encore en decubitus dorsal, les pieds en extension ou immobilisés à angle droit sur les jambes, avec les tendons saillants sous la peau. Il a d'une façon constante et persistante

le signe de l'oreiller psychique. On peut le placer dans toutes les positions possibles, et l'on peut même dire qu'il va au devant du mouvement qu'on lui propose. Ses doigts restent fixés en flexion, en griffe sur la main, ou étendus. Cette conservation des attitudes est prolongée. Elle est des plus nettes au niveau des membres supérieurs, moins marquée aux membres inférieurs où l'on note l'existence de quelques secousses, quand on place le membre dans l'attitude voulue et comme si le malade faisait un effort pour le conserver.

Quand on palpe ses masses musculaires, on note à leur niveau une consistance spéciale qui semble due à la fois à une contracture de ceux-ci et à une résistance du malade. Cette impression de contracture varie d'un moment à l'autre. Elle existe surtout aux membres inférieurs alors qu'aux membres supérieurs la tonicité paraît normale. A ce niveau, il existe cependant une rétraction très nette des trois derniers doigts de la main gauche, qui simule une rétraction de l'aponévrose palmaire, dont elle se distingue cependant par l'absence de corde aponévrotique, et par la résistance active des doigts quand on cherche à les étendre. Il y a là un véritable négativisme de la part du malade.

Quand on lui fait faire des mouvements, il exécute correctement tous ceux qu'on lui commande, mais cette obéissance n'est pas absolue, et quand les ordres concernent des choses absurdes (marche à quatre pattes, etc.), il ne les exécute pas. Il n'existe

pas de marche spontanée, mais si on le pousse, il avance de quelques pas, puis reste immobile; il marche à reculons si la poussée se fait en arrière. Au commandement, même passivité et même arrêt. Lorsqu'il arrive au bout de la pièce et qu'on lui demande de revenir, il n'a pas l'idée de se retourner et revient à reculons.

Il ne persiste aucun trouble de l'équilibre, il n'a pas de Romberg et tous les mécanismes élémentaires régulateurs de la statique sont conservés. Le signe de la poussée, antérieure et postérieure, est normal. Il y a conservation des mouvements associés et automatiques de la marche.

L'examen des réflexes est difficile, étant donné sa catatonie et il est impossible de se rendre compte de l'état de ses réflexes achilléens. Les rotuliens sont conservés, plus accentués à droite qu'à gauche. Ceux des membres supérieurs sont normaux. Les réflexes cutanés plantaires se font en flexion. Les réflexes crémastériens sont très vifs ainsi que les abdominaux.

Les réflexes de posture au premier abord paraissent exagérés, tant au niveau des fléchisseurs antérieurs qu'au niveau des biceps, et le malade semble conserver la position. En réalité, tantôt cette conservation est permanente et tantôt il y a une décontraction brusque, ce qui rend le réflexe variable dans son aspect d'un moment à l'autre, à tel point que la contraction du jambier antérieur se produit parfois avant même qu'on ait déclenché le mouvement du pied.

L'examen de la sensibilité est impossible. Enfin il faut noter l'existence de troubles vaso-moteurs et sudoraux considérables. Le facies a un teint terreux, la peau des membres est par moments blafarde, cadavérique, par d'autres cyanosée. Ces troubles prédominent aux membres inférieurs où la cyanose est considérable. En position déclive, elle prend les pieds et les jambes et disparaît en grande partie quand les jambes reviennent en position horizontale.

La sudation est très accusée aux extrémités, surtout au niveau des mains. Celles-ci sont également le siège d'une atrophie surtout marquée au niveau des muscles de l'éminence thenar et du premier inter-osseux de la main gauche, et qui rend difficiles les mouvements d'opposition du pouce.

Il n'existe aucune paralysie des nerfs craniens. En particulier, l'examen oculaire montre des pupilles qui, bien que faiblement, réagissent cependant à la lumière et à l'accommodation. Un examen labyrinthique a été pratiqué et n'a montré aucun trouble important.

Nous avons pratiqué une nouvelle ponction qui a donné les résultats suivants : lymphocytose 40,9; albumine, 0,65; réactions au benjoin et de Targowla négatives. Par contre, le Bordet-Wassermann est à H4, et la réaction de Calmette à H2. Une prise de sang a été pratiquée, qui montre l'existence d'un Bordet-Wassermann négatif à H8, mais d'un Hecht très faiblement positif (H6).

Le malade est mis au Quinby et à l'iodure de

potassium. Revu un mois environ après son entrée, son état ne s'est pas sensiblement modifié. A l'heure actuelle, son attitude est la même que celle à son entrée à l'hôpital : il persiste le même degré de négativisme, de stéréotypie, et de persistance des attitudes. Peut-être le malade répond-il un peu plus spontanément aux questions, mais il est impossible d'obtenir de lui un renseignement quelconque sur son histoire. Il est toujours aussi sale et indifférent. On n'a nullement l'impression que le traitement ait amélioré en quoi que ce soit son état. »

Le 25 Février 1929 :

D. — Votre nom ?

R. — Jacques Chieurne.

D. — Votre âge ?

R. — 29 ans.

D. — Votre date de naissance ?

R. —

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici ?

R. — Trois.

D. — Êtes-vous malade ?

R. — Oui.

D. — Qu'avez-vous ?

R. — ... (Rire. Il étend la main en avant, les doigts écartés.)

Attitude catatonique, tête baissée, regard vers le sol. Les avant-bras sont appuyés sur les bras du fauteuil, les doigts complètement immobiles. Conservation des attitudes. Le malade obéit passivement

aux ordres faciles à exécuter, il se lève, marche, revient, mais ébauche seulement le mouvement de s'agenouiller, et n'exécute pas celui d'embrasser le sol : il répond seulement oui. Pas de négativisme. Barrage par moments. Quand il répond, il parle d'un ton monotone et tout d'une traite, toujours brève, ment.

Le certificat immédiat porte :

« Syndrome catatonique. Passivité. Inertie. Mutisme. Sourires explosifs. Gâtisme. Syphilis nerveuse. Impaludé en 1928 à la Salpêtrière. »

Le 1^{er} Mars 1929 :

Même état. Inertie. Indifférence. Apathie. Gâtisme. Reste au lit. Eclats de rire très fréquents.

Le 8 Mars 1929 :

Le malade se présente, le béret sur la tête, il s'assied, reste immobile, un peu figé.

Demi-sourires vaguement ironiques, puis brusque éclat de rire.

D. — Comment allez-vous ?

R. — Cela va.

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici ?

R. — ... (Pas de réponse. Il retourne son béret, reste la tête baissée.)

D. — Êtes-vous mieux ici ou à la Salpêtrière ?

R. — Ici.

D. — Où êtes-vous ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Vous êtes à l'Asile Sainte-Anne.

R. — ... (Geste dubitatif de la main. Sourire stéréotypé.)

D. — Asile Sainte-Anne... On y met des fous.
Etes-vous fou ?

R. — Oui.

D. — Resterez-vous ici ?

R. — Oui.

D. — Mangez-vous bien ?

R. — Oui.

D. — En quelle année sommes-nous ?... Savez-vous ?

R. — (Hausse les épaules) Non.

D. — Quel est votre métier ?

R. — (Même mouvement d'épaules.) Je n'en sais rien.

D. — Où habitez-vous ?... A Paris ?

R. — ... (Rire, grognement.)

D. — Regardez-moi. (On lui relève la tête, il la garde dans l'attitude donnée.)

Levez-vous. (Il se lève.)

D. — Couchez-vous. (Il commence le geste, puis se remet debout derrière la porte. Il s'arrête devant le téléphone, s'assied sur le lit. Il ne se couche pas sur le plancher.)

Couchez-vous sous la table. (Il passe à quatre pattes sous la table.)

Couchez-vous sous le lit. (Il se couche sur le plancher et tire le lit sur lui.)

Levez la jambe. (Il exécute le mouvement.)

Relevez-vous. (Il se met debout.)

Enlevez votre vêtement. (Il exécute complètement l'ordre, plie le vêtement.)

Ses actes sont bien coordonnés.

On le pousse. Il accompagne l'impulsion, fait quelques gestes automatiques et rit à plusieurs reprises.

Passivité dans tous les sens. Anticipation dans les mouvements.

Conservation des attitudes.

Le 9 Mars 1929 :

Le certificat de quinzaine porte :

« Paralyse générale avec syndrome catatonique. »

Le 5 Avril 1929 :

Inertie, indifférence, inactivité complète, gâtisme par intervalles. Mange seul, mutisme presque constant.

D. — Quel jour sommes-nous aujourd'hui ?

R. — (Haussement d'épaules dubitatif) ... Mardi.

D. — Quelle date ?

R. — (Haussement d'épaules, puis rire et soupir.)

D. — Etes-vous malade ?

R. — Non.

.....

Puis retombe dans son mutisme.

Conservation des attitudes.

Le 16 Avril 1929 :

D. — Où étiez-vous avant d'être ici ?

R. —

D. — Vous souvenez-vous ?

R. — Non.

D. — Quel est votre métier ?

R. — Manceuvre.

D. — Chez qui ?

R. — Moreuil.

D. — Que fait-on chez Moreuil ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Pensez-vous pouvoir travailler ?

R. — Oui.

D. — Vous ennuyez-vous ici ?

R. — Oui. (Reste immobile en regardant ses mains.)

D. — Allez chercher le savon près du lavabo.

(Il sort de la pièce et reste debout immobile. On le ramène, on le place en face du lavabo, il prend le savon.)

D. — Lavez-vous les mains.

(Il prend le savon et reste indéfiniment devant le lavabo, les mains mouillées.)

D. — Est-ce fini ?

R. — Oui. (Il garde le savon.)

D. — Qu'allez-vous faire maintenant ?

R. —

D. — Remettez le savon. (Il le remet.)

D. — Essuyez vos mains. (Il s'essuie les mains)

lentement, longuement et reste devant le lavabo, tenant la serviette).

D. — Mettez cette feuille de papier dans cette enveloppe.

Il tient la feuille pliée en deux et essaie de la mettre dans l'enveloppe, pendant près de cinq minutes. C'est seulement alors qu'il a l'idée de plier la feuille une seconde fois. Il la place dans l'enveloppe qu'il cache.

Le 20 Mai 1929 :

Même état mental.

Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière.

Les rotuliens sont normaux.

Le Wassermann est négatif dans le sérum.

L'examen du L. C. R. montre un W négatif avec retard de l'hémolyse, un Pandy positif faible, un benjoin négatif, 0,25 d'albumine et 1,8 éléments.

Voici donc un hébéphréno-catatonique chez lequel on trouve un syndrome humoral spécifique. Les auteurs de la présentation concluent qu'il s'agit d'un paralytique général. Or il n'a de cette affection ni les signes neurologiques (pupilles égales réagissant), ni le syndrome mental. D'autre part, deux ans et demi seulement se sont écoulés entre l'accident initial et le début des troubles psychiques.

Il semble donc que l'on puisse rapprocher cette observation de la précédente, celle de Raymond L.,

et conclure qu'il s'agit d'un syndrome hébéphrénocatatonique d'aspect identique à ceux décrits dans le groupe de la démence précoce et survenant au cours d'une spécificité cérébrale. Ce cas correspond assez bien aux psychoses aiguës syphilitiques de Marcus.

OBSERVATION XII (1)

Aspect de D. P. catatonique. — Délire mélancolique avec vraisemblablement hallucinations. — Début par maux de tête. — Syphilis nerveuse: — Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien en 1917. — Réactions encore partiellement positives en 1929 dans le liquide céphalo-rachidien. ✕

Rodolphe Sch...; âgé de 29 ans, entre dans le service le 21 Décembre 1921. Le certificat de placement est ainsi rédigé :

« Troubles mentaux caractérisés par du mutisme, de l'opposition, du refus partiel et intermittent d'aliments, des stéréotypies d'attitude. Inactivité motrice absolue, insomnies, tendance aux impulsions violentes. »

Renseignements donnés par la famille :

Etant enfant, le malade était toujours en retard

(1) Malade du service de M. le Docteur Petit, à Ville-Evrard.

pour ses études, il a une instruction médiocre, son intelligence n'est pas très développée ; le caractère était très lunatique, taciturne.

Vers 25 ans, il a beaucoup souffert de l'estomac et de la tête. Il a eu la scarlatine à 26 ans. Une syphilis a été contrôlée à Paris à cette époque (Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien).

En septembre 1918, il a été soigné dans une maison de santé ; il se croyait persécuté de tout le monde et voulait parfois mourir ; il pensait qu'il avait fait beaucoup de mal. Plusieurs fois et pendant un certain temps, il a refusé complètement la nourriture. Pendant très longtemps il entendait des voix de gens qui pleuraient. Par moments, il faisait des grimaces et marchait en sautant à pieds joints.

Ses antécédents héréditaires sont chargés :

Mère aliénée, a été internée, serait syphilitique. Un frère aliéné interné. Un frère mort de typhoïde pendant la guerre. Une sœur de caractère difficile.

Renseignements fournis par le médecin sur l'état du malade lors de son premier séjour dans une maison de santé (1918) :

En Septembre 1918 :

Le malade exprime des idées de persécution et présente des périodes d'anxiété : « Mon beau-frère, dit-il au moment de son entrée, m'a fait enfermer par intérêt. Avant la guerre, mon père avait fait en-

gager mon frère. La guerre survenue, mon frère est mort à son dépôt. J'en ai eu un chagrin fou et j'ai accusé mon père de cette mort. En réalité, c'est moi qui en suis cause. J'ai toujours été malheureux, je n'ai pas eu l'affection d'une mère, et mon caractère a été aigri par une femme qui avait pris la place de ma mère.

Ma mère a été à Vienne plusieurs fois dans un sanatorium, car elle est déséquilibrée et comme folle.

Il y a contre moi une cabale montée. Je m'en suis aperçu à Chamonix ; on a joué une pièce et on m'a singé sur la scène, sous la figure d'un bossu qui faisait le fou. Après la pièce, j'ai entendu dans le couloir qu'on se moquait de moi, et depuis ce temps je suis entouré de toute une bande acharnée à ma perte. Mon beau-frère est au centre de la cabale et il a comme complices sa mère et Mme Sch... Ma fiancée, Mlle S..., est contre moi. Je suis perdu. »

Au bout de quelques jours, le malade est amélioré. Il mange, son teint est meilleur, il peut faire quelques promenades dans le parc et recevoir la visite de son père. Mais le 20 septembre, a lieu une rechute. L'anxiété monte, le malade a des idées de suicide très actives avec tendance à l'automutilation. Il a essayé de se crever les yeux avec son porte-plume ; il se mord les mains, veut s'arracher les lèvres, refuse de manger. On est obligé de l'alimenter artificiellement.

Il écrit pendant cette période à ses parents et à sa fiancée des lettres d'adieu où il demande par-

don, s'accusant d'être la cause de la mort de son frère et pensant qu'il doit expier. Il rédige même, le 6 Septembre, une véritable confession, où il se reproche comme des fautes graves de simples vétilles ou se charge de crimes imaginaires.

Il pense que son internement est l'expiation et que son châtement est de devenir fou : « Je boirai les breuvages qui me sont préparés, omme on boit la ciguë, avec la différence qu'elle vous éteint, alors que moi, je dois faire l'être difforme et risible, la bête inconsciente de qui l'humanité s'amusera. ...Cette maison est une prison où l'on expie les crimes sociaux... Pardon à ceux à qui j'ai fait du mal... Je quitte la vie lucide pour la démence expiatoire. »

Ses écrits sont très corrects, tout à fait cohérents. Comme on peut le voir par les quelques passages cités, le malade a une remarquable conscience de son atteinte psychique, bien qu'il l'interprète dans le sens de son délire.

En Novembre 1918 :

Tous ces phénomènes s'apaisent, mais il reste réticent, interprétant, persécuté. Il fouille constamment dans son passé pour y trouver les raisons du complot dirigé contre lui. Il est inactif, inoccupé, ne s'intéresse à rien. La santé physique est devenue excellente.

En Janvier 1919 :

Le malade est calme, docile, passif, de moins en moins anxieux. Il reste toute la journée dans son lit, sans intérêt à ce qui se passe autour de lui.

Il s'émotionne cependant un peu quand on lui parle de sa fiancée, quand on rappelle devant lui les souvenirs de son passé. De temps en temps, il se jette dans les bras du médecin, qu'il prend pour son frère, en lui demandant pardon de l'avoir frappé quand il était petit enfant. Mais ces crises ne durent pas longtemps; il retombe bien vite dans une assez grande indifférence.

En Février 1919 :

Depuis quelques jours, le malade présente des hallucinations de l'ouïe. « J'ai la persuasion d'être suggestionné; j'ai entendu des voix dans les oreilles, on me parlait, c'était la voix de Mlle S..., c'étaient des voix de femmes qui pleuraient. Je me sens toujours suggestionné, mais je ne sais pas par qui. Si j'ai commis des crimes, il faut me le dire, je veux bien expier; mais je n'ai rien à me reprocher, sauf d'avoir donné des coups à mon frère quand il était petit. Ce qui est certain, c'est que je suis suggestionné, j'en ai l'intime persuasion, et s'il n'y a personne autour de moi quand j'entends, c'est que les bruits viennent dans mes oreilles par suggestion. »

Le 22 Décembre 1921 :

Examen à l'entrée :

Aspect immobile, paupières baissées, pupilles égales, régulières, réagissant, motilité et sensibilité normales.

Les réflexes rotuliens sont exagérés, les achilléens, les plantaires et les cutanés normaux.

Immobilité, occlusion des paupières par moments, mutisme complet, aucune réponse aux questions. Parfois quelques syllabes prononcées spontanément.

Négativisme. N'exécute pas les ordres simples de se lever, de se déhabiller, mais se laisse déshabiller et conduire.

Le facies exprime la tristesse, les attitudes sont raides et maniérées. Les mains sont collées au corps, les yeux fermés ou levés vers le ciel, la bouche est en groin. Il y a conservation de certaines attitudes qu'on lui fait prendre. Il ne paraît pas avoir d'hallucinations. Il refuse de s'alimenter spontanément, mais absorbe les aliments qu'on introduit dans sa bouche.

Le certificat immédiat porte : « Démence précoce. Inertie, indifférence, stéréotypie, attitude catatonique, mutisme, refus d'aliments. »

Le 2 Janvier 1922, renseignements donnés par le Surveillant du Pavillon sur le comportement du malade pendant la quinzaine :

Depuis son entrée, le malade n'a pas dit un mot; il passe ses journées au salon, assis dans un fauteuil, toujours à la même place. Depuis quatre jours, il sort devant le pavillon, fait quelques pas et rentre peu de temps après se rasseoir.

Aujourd'hui, pour la première fois, il s'est intéressé à un journal. Jusqu'à présent, il ne semblait prêter aucune attention à ce qui se passait autour de

lui. Les visites de sa famille ne paraissent pas l'intéresser davantage. Il s'habille et se déshabille seul, il faut le faire manger, sauf pour le pain, car si on y touche, il n'en veut plus.

Quand il désire quelque chose, il tâche de se faire comprendre par signes.

Il est assez propre sur lui et dans sa chambre. Il a gâté une fois au lit, il va assez régulièrement à la selle.

Le 3 Janvier 1922 :

Le certificat de quinzaine porte :

« Démence précoce, inertie, indifférence, stéréotypies, attitude catatonique, mutisme, même état qu'à l'entrée. »

Le 28 Décembre 1923 :

Le malade, qui a été transféré dans une autre maison de santé, où il est resté quelque temps, revient avec le certificat de placement suivant :

« Affaiblissement intellectuel, apathie, indifférence, troubles du caractère, impulsions, conservation des attitudes. »

Le certificat immédiat est ainsi rédigé :

« Démence précoce, attitudes stéréotypées, indifférence, inactivité, réactions impulsives, mutisme presque complet. »

Le certificat de quinzaine porte :

Démence précoce, stéréotypies, inactivité, négativisme, mutisme. »

Le 18 Novembre 1924 :

D. — Pourquoi êtes-vous ici ?

R. — On m'a conduit.

D. — Vous étiez malade ?

R. — Non. A la longue, j'ai appris qu'il y avait des fous ici.

D. — Mais pourquoi êtes-vous ici ?

R. — Il y a des fous, voilà, ce sont des choses...

D. — En quelle année sommes-nous ?

R. — En 1924.

D. — Quand êtes-vous entré ?

R. — 1921.

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici ?

R. — Trois ans.

D. — Qu'avez-vous fait ?

R. — Je n'ai pu faire aucun travail, je n'ai pu faire aucun travail, aucun travail.

D. — A quoi pensez-vous ?

R. — Je me suis expliqué déjà avec le Docteur. Je pense à mon père et à ma sœur.

D. — Leurs visites vous font plaisir ?

R. — Oui, elles me sont nécessaires, j'ai besoin d'eux.

D. — Viennent-ils souvent ?

R. — Oui, maintenant.

D. — Que désirez-vous ?

R. — Rien, je ne suis pas à plaindre.

D. — Qu'avez-vous fait hier ?

R. — Je ne sais pas, et puis il est inutile de vous expliquer, on sait ce que je fais, plusieurs per-

sonnes ici sont dans mon cas, vous saurez ce que je fais en vous basant sur les autres personnes.

D. — Qu'avez-vous mangé hier soir ?

R. — De la soupe; je suis parvenu à laisser ma viande; des marrons.

D. — Hier, quel jour était-ce ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Quel mois sommes-nous ?

R. — Septembre.

D. — 5×15 ?

R. — Je ne me souviens toujours pas.

D. — $36 + 36$?

R. — 72.

D. — $72 + 18$?

R. — 90.

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — Je ne peux pas vous dire, ce n'est pas bien.

D. — Dites-moi votre âge ?

R. — Je ne vous répondrai pas.

D. — Pourquoi ?

R. — Ce n'est pas heureux, je n'aime pas le dire.

D. — Dormez-vous ?

R. — Pas mal.

D. — Avez-vous des cauchemars ?

R. — Non.

D. — Avez-vous des rêves ?

R. — Oui, tristes. J'ai du reste dit tout cela à

mon père, à ma sœur, à tous ceux qui sont autour de moi.

D. — Vous sentez-vous bien ?

R. — Oui.

D. — Avez-vous l'impression que vos organes fonctionnent mal ?

R. — Non.

D. — Sentez-vous une influence extérieure ?

R. — Non.

(On lui lève le bras, il le garde dans la position donnée.)

Je crois qu'il faut le garder, des voix me l'ont dit.

D. — Des voix distinctes ?

R. — Cela dépend de ce que je fais.

D. — Viennent-elles de loin ?

R. — Non.

D. — D'où viennent-elles ?

R. — Par des trous, ceux autour de moi m'en suggèrent aussi.

D. — Reconnaissez-vous ces voix ?

R. — Non.

D. — Que disent-elles ?

R. — Elles donnent des conseils.

D. — Par exemple ?

R. — Je ne sais pas, des choses historiques...

D. — Par exemple ?

R. — N'importe quel épisode de l'histoire.

D. — Vous les entendez souvent ?

R. — Continuellement, mais il en a tant comme moi.

D. — Ce matin, en avez-vous entendu ?

R. — Oui, ces jours-ci, elles m'ont dit de garder le bras levé.

D. — Pourquoi vouliez-vous nous parler ?

R. — Je suis comme assiégé, je ne peux pas sortir.

D. — Que demandez-vous ?

R. — La liberté du corps ou de l'esprit, je ne sais pas.

D. — Vous dites que d'autres personnes sont dans votre situation, qu'est-ce que cela veut dire ?

R. — J'ai dit tout ce que j'avais à dire.

D. — Quel traitement avez-vous suivi avant d'être ici ?

R. — Je ne sais pas, je me suis reposé. (Après quelques efforts de réflexion). On m'a frotté les tissus avec de l'huile.

D. — Pourquoi voulez-vous partir ?

R. — Je ne sais.

D. — Que ferez-vous dehors ?

R. — Je ne sais.

D. — Avez-vous des difficultés pour penser ?

R. — Je ne sais.

D. — Dites-moi le nom des pensionnaires de votre pavillon.

(Il en cite quelques-uns.)

D. — Comment s'appelle l'interne ?

R. — Cela commence par un C.

D. — Quel est mon nom ?

R. — G... Le Docteur G... (exact).

D. — Et avant moi ?

D. — Je ne m'en souviens plus.

D. — Pourquoi êtes-vous resté si longtemps sans parler ?

R. — C'était une période où je devais me taire.

D. — On vous l'avait ordonné ?

R. — Je ne pouvais faire autrement.

D. — Pourquoi avez-vous fait une tentative de suicide ?

R. — Tout cela, c'est dans la même période, j'ai fait comme tout le monde, tout le monde a des périodes comme moi.

D. — Et votre mère ?

R. — Elle est à Vienne depuis longtemps. Je demande souvent de ses nouvelles.

D. — Quel âge a votre sœur ?

R. — Je ne puis vous le dire.

D. — C'est défendu ?

R. — Non.

D. — Est-elle plus âgée ou moins âgée que vous ?

R. — Je ne sais pas, je préfère ne pas insister sur ce sujet.

D. — Que pensez-vous faire ?

R. — Retomber dans une période de mauvais temps comme tout le monde. Tout le monde est comme moi et passe par de mauvaises périodes.

D. — Vous avez été en classe ?

R. — Oui, jusqu'en 6°.

D. — Et après?

R. — A l'école commerciale, mais je n'ai pas terminé mes études, je ne travaillais pas assez.

D. — La nourriture est-elle bonne?

R. — Oui, j'ai du reste du pain sur moi.

D. — Pourquoi?

R. — J'ai peur d'en manquer.

Le 17 Janvier 1925.

D. — Vous aimez votre sœur?

R. — Comme tous les frères.

Je ne dors pas, je suis un peu égoïste.

D. — Pourquoi ne parliez-vous pas auparavant?

R. — Je ne pouvais pas, je suis tracassé au sujet d'un livre hébreu. Je crois que tout le monde est différent de moi, je me sens encerclé. J'ai parlé de courage au général, ils m'ont demandé de l'excédent, je me suis dérobé.

D. — Entendez-vous des voix, des ordres?

R. — Oui, j'ai fait ce que j'avais à faire. Je veux m'en aller. J'ai le cœur un peu languissant.

Le 12 Novembre 1926.

Liquide céphalo-rachidien : Tension (couché) 32.

Wassermann négatif.

Sang : Wassermann négatif.

Le 15 Janvier 1927. — Lettre du malade.

« Ma chère sœur,

« Je voudrais bien que tu viennes me voir, je

suis très inquiet. Je me sens fatigué, et malade dans toutes les parties du corps.

« Je voudrais bien avoir des nouvelles de Elianne et de papa. Je voudrais bien l'embrasser, il y a longtemps que je ne l'ai pas vu.

« Je mange bien surtout quand je ne suis pas nerveux. Il fait un temps sec. J'espère qu'où tu es tu n'as pas de pluie.

« Je t'écirai bien plus longuement mais je ne sais pas quoi te dire. Je serais heureux si tu ne te faisais pas attendre. Je ne désire rien que tu m'apportes, sinon des bonnes nouvelles de notre famille.

« Ils sont tous bien, j'espère et si je n'étais pas trop gourmand je demanderais à les voir. Cela me procurerait une très grande joie, tu t'en doutes, je n'ose pas y penser. Cela me fait pleurer, je ne peux pas le croire. Dieu ne le veut pas certainement puisqu'il nous a séparés. Je le prie — peut-être entendrait-il ma prière — je suis un peu ému, car il y a longtemps que je n'écris pas. Ma lettre te trouvera en bonne santé, heureuse et sans ennuis, naturellement. Je te quitte.

« Ton frère qui t'aime,

« RODOLPHE. »

1927. — Lettre sans date.

« Ma chère petite sœur,

« Je t'écis parce que je suis bien malade. J'ai depuis ce matin eu bien des chagrins en constatant mon état physique et moral.

« Je me fais toujours beaucoup de mauvais sang à ton sujet.

« J'ai bien des choses à te dire.

« Je pense bien à toi et voudrais t'embrasser de tout mon cœur.

« Je sais que c'est chez toi la même chose.

« Nous nous sommes toujours bien aimés, et c'est bien naturel, n'est-ce pas ?

« Je t'écirai peut-être plus longuement une autre fois, car aujourd'hui je suis très malade.

« Je dois te faire de la peine, en est-il jamais autrement ?

« Je te quitte parce que je n'ai plus rien à te dire.

« Ton frère qui t'adore,
« RODOLPHE. »

Le 1^{er} Juin 1929.

Le malade est assis, immobile, la tête fléchie, les yeux fermés, les mains reposant sur les genoux, dans un complet mutisme. Il présente un négativisme très intense, il n'exécute aucun ordre, s'oppose aux mouvements qu'on veut lui faire faire, et parfois tout son corps se contracte pour résister. Lorsqu'on lui demande d'ouvrir les yeux, il les ferme et maintient ses paupières fortement closes. Il a une conservation prolongée des attitudes aux membres supérieurs.

Dans le service, il se comporte de la façon suivante : il passe ses journées dans le fauteuil ou le lit dans une attitude stéréotypée. Muet en général,

il lui arrive parfois de répéter pendant plusieurs heures à voix basse les mêmes syllabes sans signification. Il est constamment opposant ; il résiste souvent pendant très longtemps au besoin d'uriner. Il aurait eu pendant une période des accès de rire sans motif apparent. Parfois, il présenterait un sourire stéréotypé avec morsure de la lèvre. Il aurait eu quelques impulsions violentes contre le personnel.

Il n'y a pas de tremblement net des extrémités ; les rotuliens sont très vifs des deux côtés ; les pupilles sont égales, en myosis, et réagissent mal à la lumière (cet examen est très difficile et possible seulement par surprise).

Les infirmiers n'ont pas remarqué de dysarthrie (il parle quelquefois très vite, mais en articulant très bien), et n'ont pas noté non plus de crise épileptiforme.

L'examen du serum a montré un Bordet-Wassermann et un Meinicke négatifs. Par contre, dans le liquide céphalo-rachidien, si le Wassermann est négatif, les autres réactions se montrent au moins partiellement positives (Meinicke positif, albumine 0,75, Pandy positif, Weichbrodt traces, leucocytes 0,8, Benjoin 000000222221000, élixir parégorique 1-2).

Voici donc une série d'observations où le syndrome catatonique apparaît en rapport avec une syphilis nerveuse.

Nous n'insisterons pas sur les malades des deux premiers groupes, les P. G. ou déments syphilitiques

présentant transitoirement des phénomènes catatoniques, et les P. G. prolongés ou les sujets impaludés.

Les malades du troisième groupe retiendront un instant notre attention. Dans trois observations, le syndrome mental est celui de l'hébéphrénocatatonie et l'on trouve des signes neurologiques et humoraux de syphilis cérébrale. Voyons comment se groupent ces faits :

		Début des troubles
1. Accident initial	Syphilis en	en
Raymond L...	1919	1923
Charles R...	1924	1926
Rodolphe Sch...	P	1917

2. Signes neurologiques :

Raymond L. : Patellaire droit diminué, inégalité pupillaire, Argyll.

Charles R. : Aucun signe.

Rodolphe Sch. : Patellaires très vifs, pupilles égales en myosis réagissant faiblement.

3. Syndrome humoral

a) Raymond L...

	1924	1927	1928 1	1928 2	1929
W. G. tang	—	—	—	—	—
W. L. G. R.	—	—	—	—	—
Lymphocytes	—	—	—	—	—
Albumine	—	—	—	—	—
Procy	—	—	—	—	—
Barman	—	—	—	—	—

b) Charles R...

	1928 (1)	1928 (2)	1928 (3)	1929
W. du sang	+	—	—	—
Hecht	—	+ faible	—	—
W. L. C. R.	+	+	—	—
Lymphocytes	99	49	6.2	1.8
Albumine	0.45	0.65	0.50	0.25
Pandy	—	—	—	positif faible
Benjoin	—	—	subpositif	—

c) Rodolphe Sch...

	1917	1926	1929
W. du sang	+	—	—
Meincke	—	—	—
W. L. C. R.	+	—	—
Meincke	—	—	+
Lymphocytes	—	—	0.8
Albumine	—	—	0.75
Pandy	—	—	+
Benjoin	—	—	000000222221000
Weichbrodt	—	—	traces
Elixir parégorique	—	—	1-2

En résumé, nous voyons :

1° Qu'un temps assez court sépare l'accident initial du début des troubles mentaux. Il est dans tous les cas très inférieur à celui qu'on constate dans la P. G. ;

2° Que les signes neurologiques sont inconstants ou discrets et que la dysarthrie, si caractéristique de la P. G., ne s'observe pas ;

3° Que le syndrome humoral, très positif au début, s'atténue assez rapidement au point de devenir presque négatif.

CHAPITRE VI

PALUDISME

Les troubles mentaux au cours des fièvres intermittentes étaient connus des anciens auteurs. On les trouve signalés dans Sydenham : « Il y a une espèce particulière de manie qui se déclare surtout à la suite des fièvres quartes qui ont duré longtemps. »

Sébastien, en 1821, dans un travail intitulé : *Mé-lancolie et manie suites de fièvres intermittentes*, décrit déjà des états stuporeux après les accès. Il cite une observation de « folie tranquille » (1) : « Le malade était calme, tranquille, comme concentré en lui-même, ne prononçant aucune parole, ne faisant pas attention à ce qui l'entourait. »

Baillarger, en 1843, publie deux observations de stupeur survenue pendant la convalescence de la fièvre intermittente.

(1) Lunier, qui analyse en 1844, dans les *Annales Médico-Psychologiques*, le travail de Sébastien, identifie ce que cet auteur appelle « la folie tranquille » avec la « stupidité » de Georget.

Lemoine et Chaumier, en 1887, signalent des cas analogues.

Régis et ses élèves étudient à leur tour les troubles mentaux du paludisme et notent aussi des états de stupeur.

Laurès, en 1907, cite dans sa thèse l'observation d'un malade présentant un état semblable à la démence précoce catatonique à la suite du paludisme :

« Chez un homme de vingt-huit ans, rapatrié en état de confusion mentale post-paludique, on voit la psychose se compliquer de catatonie avec sourires, alternatives de dépression hébétée et d'excitation psychomotrice, et aboutissement au bout de six ans à un état d'affaiblissement stationnaire. »

Katsaras, en 1910, publie un cas de « pseudo-démence catatonique paludéenne » : il s'agit d'une femme de vingt-deux ans ayant présenté, à la suite d'une forte atteinte de paludisme, des troubles du caractère (indifférence émotionnelle, humeur inquiète), qui fait ensuite un accès typique de confusion mentale catatonique d'une durée de trois mois environ, accompagné de nouvelles poussées fébriles, d'anémie prononcée, avec parasites dans la circulation périphérique et qui guérit sans reliquat.

Hesnard, au Congrès de Tunis, en 1912, fait un rapport sur les psychoses palustres prolongées. Il signale que ce sont des psychoses le plus souvent dépressives, à réaction négative et automatique, où la torpeur, la bradypsychie, le catatonisme, la suggestibilité sont des symptômes fréquents.

Il note une forme catatonique des confusions mentales paludéennes : Il y a suggestibilité, flexibilité cireuse, conservation des attitudes imposées, parfois attitudes spontanées baroques et inconfortables. Fréquemment, on trouve du retard dans les réponses, de l'imprégnation par le mot ou l'idée, de l'écholalie, de la maussaderie avec ébauche d'opposition systématique aux déplacements provoqués et rétention volontaire des excréments. Il dit avoir rencontré ces signes à l'état passager chez plusieurs paludéens.

D'autre part, il distingue des psychoses démentielles, dont certaines ont l'aspect de la démence précoce : « Le catatonisme, le négativisme, les grimaces, les tics, les stéréotypies, le maniérisme peuvent s'accroître chez les sujets jeunes principalement, en même temps que la psychose affecte une forme stationnaire ou progressive, ou se fixe à un état plus ou moins appréciable de diminution intellectuelle. Des états délirants polymorphes ou incohérents peuvent compléter le tableau clinique. »

Porot et Gutmann (1), en 1918, font une revue générale sur les psychoses du paludisme. Ils distinguent deux grands groupes : les psychoses confusionnelles aiguës simples qui, nettement et exclusivement confusionnelles, guérissent franchement en même temps que disparaissent les symptômes somatiques, et les psychoses prolongées qui peuvent passer à l'état chronique. Dans chacun de ces groupes,

(1) Paris Médical, 29 décembre 1917 et 30 mars 1918.

nous trouvons des formes se rapportant à notre sujet ; ce sont « les formes confuses stupides » de la première catégorie, et « les formes démentielles catatoniques par passage à l'état confusionnel chronique » de la seconde.

Les formes stupides vont de la simple prostration avec obnubilation jusqu'à la stupeur complète avec gâtisme. Voici un exemple de confusion mentale avec stupeur : « Le malade reste au lit dans l'inertie complète, indifférent à ce qui se passe autour de lui, son facies est inexpressif et hébété Il a un ralentissement considérable de l'activité physique et intellectuelle ; il somnole constamment ; les questions posées sont à peine comprises. Il refuse parfois de manger. La respiration est lente, les extrémités froides ; la langue est saburrale. Il n'y a pas de fièvre, mais on trouve une très grosse rate qui déborde de quatre travers de doigts.

On apprend que ce malade a présenté, il y a un mois, de la fièvre, des maux de tête, et a paru désorienté et excentrique.

Sous l'influence du traitement quinquique, le malade s'améliore progressivement et sort guéri au bout d'un mois, la rate étant redevenue en même temps normale.

La forme démentielle catatonique des psychoses prolongées comporte des états « stupides dans lesquels l'obtusion est profonde, l'inertie physique et mentale presque absolue. Le réveil ne se fait pas, il s'ébauche parfois sous forme de lueurs partielles

qui permettent au sujet de se conduire un peu, de revenir à l'exécution de quelques actes élémentaires instinctifs ; le peu d'activité que permet un meilleur état physique prend des formes automatiques ou stéréotypées ; l'équation psycho-motrice est détruite et la catatonie traduit cet abandon du contrôle cortical. »

Voici un cas dans une tierce bénigne de confusion mentale stupide avec gâtisme qui passa à la chronicité après une ébauche d'amélioration :

OBSERVATION XIII (résumé) (1)

Le malade entre dans un état d'inertie et de stupidité absolues, mutisme complet, interrogatoire impossible, reste indéfiniment immobile là où on le met, un peu de négativisme quand on cherche à s'occuper de lui, refus d'aliments, recrache ce qu'on lui met dans la bouche. Après une légère amélioration, la stupeur redevient plus profonde tandis que l'état physique se relève et, malgré huit mois de traitement par la quinine à haute dose, ce malade n'est pas sorti de sa confusion et paraît fixé dans sa catatonie.

(1) Porot et Guttmann. *Loco citato*.

CHAPITRE VII

ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

La névrxite épidémique, au cours de laquelle on peut voir apparaître la plupart des syndromes mentaux, réalise assez fréquemment la catatonie et l'hébéphrénocatatonie.

Déjà en 1920, Briand et Rouquier signalent dans les séquelles psychopathiques une forme hébéphrénocatatonique.

Harmand, la même année, y distingue une « pseudo-démence précoce ».

P. Kahn, en 1922, parle également « de syndromes à forme de démence précoce », notamment hébéphrénocatatonique.

MM. Truelle et Petit, dans leur rapport au Congrès de Quimper (1), en 1922, consacrent un paragraphe à la catatonie :

(1) V. Truelle et G. Petit. Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique. XXVI^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Quimper, 1922.

« Le syndrome catatonique avec conservation des attitudes, négativisme ou opposition alternant avec la flexibilité cireuse, stéréotypies, etc., est souvent observé dans l'encéphalite épidémique, soit transitoirement, soit de manière plus ou moins prolongée... Il accompagne souvent le syndrome parkinsonien, dont il marque parfois le début. Un état de confusion mentale avec stupeur et mutisme est souvent associé à ce syndrome... L'association avec des modifications de l'affectivité, du caractère et de l'humeur, des troubles délirants ou psycho-sensoriels analogues à ceux observés dans l'hébéphrénie réalise un syndrome hébéphréno-catatonique dont la durée persistante peut en imposer pour l'évolution d'une démence précoce. Ce syndrome peut se manifester à une période plus ou moins avancée de l'évolution, mais il peut également s'observer à la phase initiale de la maladie, précédant seul pendant plusieurs mois les autres symptômes. »

Padeano, en 1923, dans sa thèse sur « Le syndrome hébéphréno-catatonique dans l'encéphalite », réunit quatorze observations. La plupart des malades semblent avoir surtout présenté de la catalepsie, quelquefois des stéréotypies ou de l'opposition, plus rarement un syndrome complet pouvant simuler la démence précoce.

Nous n'avons pas le projet de reprendre en détail cette étude. De même, les distinctions établies selon que les phénomènes apparaissent pendant la période aiguë infectieuse ou consécutivement, ont perdu un peu de leur intérêt depuis que l'on sait

que celle-ci peut se manifester d'une façon très fruste ou même passer totalement inaperçue, et que l'on tend à considérer l'encéphalite comme une maladie chronique évoluant par poussées.

Nous voudrions simplement rappeler quelques exemples nets de catatonie au cours de la névrauxite, puis nous donnerons les observations de deux malades qui se présentent à peu près comme des hébéphréno-catatoniques, mais chez lesquels certains signes nous semblent pourtant autoriser le rattachement des troubles à une encéphalite en évolution.

M. le Docteur Petit (1), rapportant à la Société Médico-Psychologique, en 1920, neuf cas de délire aigu qu'il attribue à l'encéphalite, signale chez deux malades des symptômes catatoniques. Chez le premier, « on note certains jours un véritable état catatonique avec conservation des attitudes (Observation III) ». Le second (Observation IX) présente aussi de la catatonie transitoire.

En 1922, le même auteur publie la très intéressante observation d'une « encéphalite épidémique ayant débuté par un syndrome hébéphréno-catatonique (2) » dont nous résumons ici les passages se rapportant plus particulièrement à notre sujet.

(1) Georges Petit. Encéphalite léthargique et délire aigu. Ann. Méd. Psych., 1920, n° 5.

(2) Journal de Psychologie, 15 février 1922.

OBSERVATION XIV

Chez une jeune fille de 27 ans, présentant déjà constituionnellement des anomalies mentales, est apparu d'abord un syndrome psychique pur, qui s'est traduit successivement par des modifications du caractère et de l'humeur, un bavardage incoercible, des tendances érotiques, de l'anxiété diffuse, des idées de grossesse (avec somnolence diurne intermittente, puis insomnie), enfin par un syndrome de stupeur et d'agitation à type catatonique, qui va en s'accroissant en même temps qu'apparaissent au début du cinquième mois des signes organiques multiples (troubles oculaires, parkinsonisme, secousses myocloniques, dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien avec glycorachie, fièvre, etc.) qui imposent le diagnostic d'encéphalite.

Le syndrome mental est caractérisé surtout alors par un état de stupeur catatonique avec inertie motrice presque complète, mutisme, opposition et résistance, sitiophobie. Le visage exprime le plus souvent l'indifférence, l'impassibilité ou l'hébétude ; mais le regard, fixe les premiers jours, est devenu plus mobile, et la malade semble parfois suivre des yeux les évolutions de son entourage. Néanmoins, elle ne réagit pas à l'appel de son nom, n'exécute pas les ordres donnés et, par deux fois, la visite de sa famille, qu'elle a considérée avec indifférence, n'a paru provoquer chez elle aucune émotion.

Cet état de stupeur et d'indifférence est habituel pendant le jour ; en revanche, pendant la nuit, il existe un état d'excitation psycho-motrice très accusé. Cette excitation nocturne se traduit d'ordinaire par quelques mouvements et par un bavardage la plupart du temps incohérent. Cependant, à diverses reprises, la malade témoigna d'un certain degré d'attention et même de conscience ; deux fois, elle se plaignit à d'autres malades en faisant allusion à ses troubles morbides. La catatonie est de plus en plus accusée ; la malade conserve longuement toutes les attitudes qu'on imprime à ses membres. Cette catatonie s'associe à un syndrome parkinsonien typique qui est apparu dès les premiers jours de l'épisode fébrile actuel.

Citons encore les observations de MM. Guiraud et Ey, où les phénomènes cacatoniques sont nets (mutisme, catalepsie, grimaces, sourires, stéréotypies), et de M. Masquin, où l'on note du mutisme, de l'opposition, de la conservation des attitudes, des sourires immotivés, des mâchonnements, des stéréotypies.

Nous donnons maintenant deux observations qui nous paraissent mériter quelque intérêt au point de vue du diagnostic de certains syndromes mentaux rattachables à la névraxite.

(1) Due à MM. Claude et Baruk. Nous avons pu tout récemment revoir ce malade.

OBSERVATION XV (1)

Dépression. — Torpeur psychique. — Agitation anxieuse coïncidant avec une élévation thermique. — Crainte de mourir. — Idées d'empoisonnement. — Conscience des troubles. — Syndrome catatonique. — Probabilités d'encéphalite.

Paul Th., âgé de 35 ans, entre le 20 septembre 1928 au service libre de la clinique. On a sur lui les renseignements suivants donnés par sa femme :

Le malade est marié depuis trois ans, il était fatigué, déprimé. Il a toujours été malheureux. Orphelin de père et de mère, il a été élevé à la campagne par une tante qui l'a maltraité pendant son enfance et dont il a gardé un souvenir de terreur ; il avait une vie triste et solitaire.

Il vint à Paris vers l'âge de 15 ans ; là il travailla comme employé dans diverses maisons. Il a fait toute la guerre et fut trois fois blessé. Il eut beaucoup de peine à trouver une situation et rencontra des difficultés innombrables. Sa femme l'a connu il y a trois ans ; il était alors triste, isolé, déprimé, sans emploi.

Depuis son mariage, il a eu des crises d'entérite et de subictère. Il a tendance à être déprimé, « se fait de la bile », il s'imaginer que les gens l'empêchent d'avancer ; il se tourmente pour son travail, s'inquiète du comportement qu'il doit avoir avec les

autres et s'exagère les moindres choses. Tous ces phénomènes augmentent quand il est fatigué. A certains moments, il se concentre, et garde en lui-même ses préoccupations.

Depuis six mois, il est entré dans les assurances, il semblait content : ce métier l'intéressait et lui plaisait ; il se donnait beaucoup de mal. Il était très bien portant physiquement.

Subitement, il y a trois semaines, en revenant d'une course avec sa femme, il parut « extrêmement distrait, dans la lune » ; il avait l'aspect bizarre. Il rentra cependant chez lui, puis, au milieu de la nuit, il fut pris d'une crise d'angoisse très vive, se leva affolé, disant qu'il voyait en rêve des choses effrayantes ; il était terrifié. Il se rendormit, mais difficilement, et ce fait se reproduisit ensuite toutes les nuits. Le jour il était bien, mais dès qu'il s'assoupissait, il faisait des rêves terrifiants. Depuis quelque temps d'ailleurs (depuis un an), il avait tendance à s'endormir facilement.

Il aurait eu 38° les premiers jours, mais maintenant sa température est à 37°. Il se plaignait du ventre, aurait un peu de subictère.

Il manifesta des préoccupations religieuses : un jour, il sanglota en sortant de la messe ; une autre fois, il dit à brûle-pourpoint à sa femme : « Tu vas entrer au couvent. »

Renseignements donnés par un médecin, parent du malade, qui l'a soigné (novembre 1928) :

Il y a un mois, il a eu un ictère banal. Pas de fièvre. Constipation, selles décolorées, urines foncées. nuits très agitées, peut-être céphalée.

Somnolence : par moments il s'étendait, fermait les yeux. Pas de narcolepsie caractérisée.

A ce moment déjà, anxiété la nuit (il se levait et allait réveiller sa femme).

L'ictère a duré huit à dix jours. Au moment où il commençait à aller mieux, alors que ses urines étaient plus claires, tout d'un coup, une nuit, il se lève et part dans la rue; on le ramène tout de suite à la maison.

Il est conduit à Saint-Joseph, puis, le 20 septembre, au service libre de la clinique.

Antécédents. — Auparavant, troubles mentaux. Au mois de décembre 1927, brusquement idées délirantes de grandeur, il disait qu'il allait devenir directeur (absolument absurde), qu'il allait être élu député, qu'il ferait sur une carmélite un roman qui lui assurerait la fortune. En outre, au même moment, il commettait des erreurs dans ses comptes, sans présenter de troubles de mémoire apparents.

Il doit quitter sa situation et en prend une autre. Il semble alors avoir une activité normale, mais garde toujours à l'égard de ses collègues des idées de persécution, disant qu'on lui en veut, etc.

Auparavant, c'était un garçon très bavard, actif,

ne restant pas en place : cependant, il était renfermé à certains moments. Il présente une certaine excitation sexuelle.

Antécédents héréditaires : père éthylique ; mère s'est suicidée ; un frère suicidé ; un frère bien portant.

Nous n'avons pas d'observation au moment de son entrée. Nous savons seulement qu'il a reçu dix injections de salicylate de soude du 4 au 31 Octobre, et que l'examen du liquide céphalo-rachidien, pratiqué le 26 Septembre, a donné les résultats suivants :

Tension (couché), 40; Lymphocytes, 0.6 par mmc.; Albumine, 0.15; Pandy négatif; Benjoin négatif; Wassermann négatif.

Le 3 Novembre 1928 :

D. — Comment vous trouvez-vous?

R. — Un peu de fatigue, maux de tête de temps en temps. Je parle bien d'habitude, je parle avec difficulté maintenant. Je ne trouve pas mes idées. Mon esprit s'est arrêté un peu. C'était comme au cinéma. Tout allait vite, il me semblait que ma pensée allait plus vite que ma parole.

D. — Y a-t-il longtemps?

R. —

D. — Quelles pensées vous venaient?

R. — Ma pensée allait plus vite que ma parole, il me venait des pensées contradictoires.

D. — Quel genre de pensées, bizarres ou habituelles?

R. — J'ai perdu la mémoire, j'en avais de bizarres la nuit, des cauchemars. Dans la journée, je ne me rappelle pas. Il m'arrivait d'avoir des idées sans avoir l'occasion de les exprimer.

D. — Et maintenant, comment est votre pensée?

R. — (Retard dans la réponse, se prend la tête). J'ai des moments d'ennui, il m'est difficile de converser, je ne trouve pas bien les mots. Maintenant je n'ai pas d'idées, je ne suis pas inspiré.

D. — En ce moment?

R. — Je n'ai presque pas d'idées. Quand j'en ai, il semble qu'elles s'altèrent. Il m'arrive de penser à une chose...

D. — A quoi pensez-vous quand vous êtes seul?

R. — Je ne m'observe pas assez à ce point de vue, je ne peux pas, je sors, il ne me vient plus d'idées sur ce que je vois. Je vois des couleurs, les formes de choses, je les reconnais bien, je ne parle pas beaucoup autour des sujets. Je me trouve très changé. Je pense de moins en moins. Au début, mon imagination marchait beaucoup.

D. — Est-ce que vous pouvez faire attention pour un travail?

R. — Je lis deux ou trois lignes et je suis attiré vers d'autres pensées sans que je puisse résister. Je n'ai pas lu avec assez d'attention. J'ai été attiré par d'autres pensées.

D. — Pour travailler?

R. — Il semble que si je m'occupais... écrire même, je crois que je ne pourrais pas.

D. — Quelle impression avez-vous de votre conduite?

R. — J'avais une vie régulière... Actuellement, je suis désaxé, je me sens... comme attiré vers une pensée extérieure. (Pas de sentiment ou idée d'influence).

D. — Votre pensée s'arrête-t-elle?

R. — Des moments peut-être. Il me semble par moments que je pense lentement.

D. — Les mots, les trouvez-vous facilement?

R. — Oui.

Il reconnaît très bien les objets qu'on lui présente. L'épreuve des trois papiers est correcte et rapide. L'évocation verbale est parfaite. Il exécute bien les ordres oraux. Il lit correctement, à voix très basse et résume un petit fait divers.

« Je veux lire et je ne me rappelle pas. »

D. — Quelle est la date?

R. — Le 6 Octobre... Le 6 Novembre...

D. — Quand a eu lieu la fête des morts?

R. — Il y a six jours. Il me semble que c'est tout récent. La fête des morts, c'était dimanche, c'est aujourd'hui samedi.

D. — En quelle année sommes-nous?

R. — 1928.

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici?

R. — Depuis cinq à six semaines.

D. — D'où venez-vous ?

R. — De l'hôpital Saint-Joseph.

D. — A quelle date êtes-vous entré ici ?

R. — ... Deux ou trois jours.

Le 5 Novembre 1928 :

Dans la nuit du 4 au 5, à 4 heures du matin, le malade s'agite tout d'un coup, se lève, se précipite pour s'enfuir. On l'arrête avec peine, il se couche ensuite sous son lit et se ligote avec son drap. Le matin, il est très agité, on le fait passer d'urgence dans le service fermé. Le soir, et la nuit suivante, agitation marquée.

Le 6 Novembre 1928 :

Le certificat de placement est le suivant :

« Etat dépressif atypique avec perplexité, métronisme, arrêt de la pensée par intervalles, sentiment vague d'influence, par moments impulsions avec agitation brusque. »

A cette date, le malade présente un état catatonique net, facies fixe, absent, inerte. Réponses vagues. Conservation des attitudes très prolongée aux membres supérieurs et aussi aux membres inférieurs.

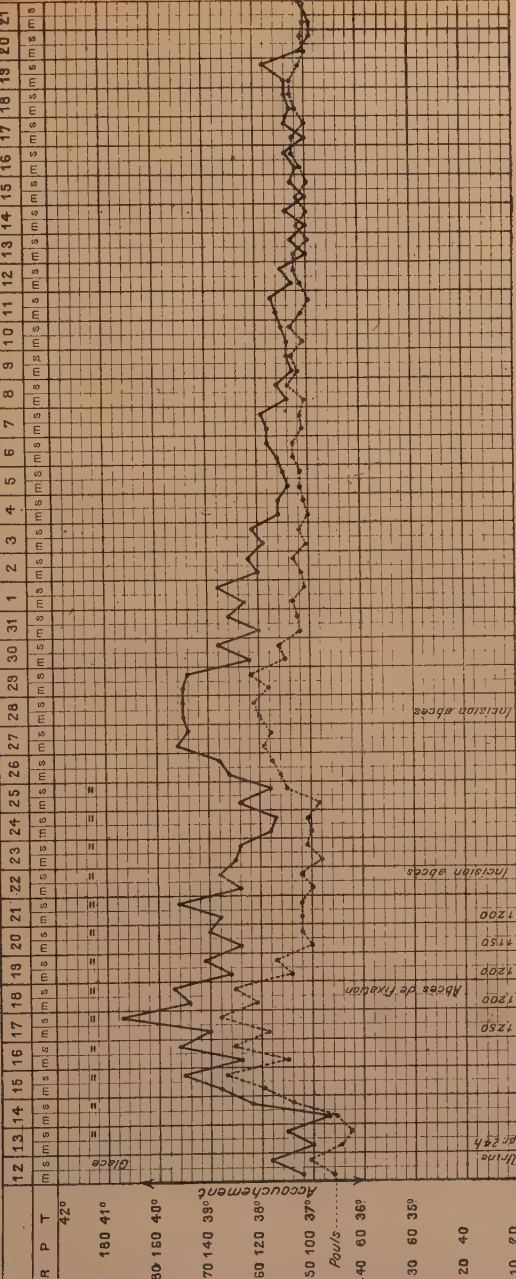
Passivité. Exécute servilement des ordres absurdes au commandement (se coucher sous le lit, se mettre à plat ventre sur le parquet). Quand on lui demande les motifs de son agitation de la veille, il répond qu'il avait peur.

Température 38°.

1929

Mars

Avril



du 22 Avril au 18 Mai la température reste stationnaire autour de 37° et le poids a une fréquence de 100 pulsations environ par minute

Le certificat immédiat est ainsi rédigé :

« Etat dépressif atypique, périodes d'agitation avec impulsions, suivies d'un état de torpeur. Perplexité. »

Le 8 Novembre 1928 :

Même état. Conservation des attitudes moins marquée. Résolution musculaire totale. Idées délirantes. Dit qu'on lui donne des aliments empoisonnés par erreur, des médicaments empoisonnés par erreur. Refus d'alimentation. Réponses par affirmations.

« J'estime que cela m'est contraire. Je ne dois pas l'avaler. Cela ne me convient pas. »

Demandes impérieuses. « Docteur, donnez-moi tout de suite de l'alcool de menthe, il m'en faut tout de suite. »

De temps en temps, il se lève brusquement comme un automate, arpente la pièce.

Le 17 Novembre 1928 :

Même état. Visage fixe, inexpressif, réponses lentes.

Le 19 Novembre 1928 :

Le certificat de quinzaine porte :

« Inertie, torpeur, perplexité, catatonie, mauvais état général, avec fièvre, sans foyer infectieux décelable. »

Le 20 Novembre 1928 :

Aspect de la crise de catalepsie catatonique. Im-

mobilité totale. Apparence du sommeil. Paupières baissées, battant un peu (sorte de frémissement). On ne peut pas le réveiller. Quand on soulève les paupières, on sent une résistance, on découvre le globe oculaire fixe tendu vers le haut. Résolution musculaire impressionnante, les bras retombent comme une masse (comme les membres hémiplégiés des malades atteints de coma par hémorragie cérébrale).

Etat saburral des voies digestives.

Pas de fièvre.

Le 21 Novembre 1928 (17 heures) :

Le malade est immobile dans son lit. Son corps ne fait aucun mouvement. Il change parfois sa tête de place, la tourne de l'autre côté quand on lui adresse la parole. Il bouge cependant pour exécuter des actes instinctifs ou qui sont des habitudes : par exemple, il se soulève à demi, se penche et crache à côté de son lit.

Il a presque continuellement les paupières baissées. Il a l'air somnolent, sans l'être en réalité. Quand il ouvre les yeux, l'expression de sa physionomie est triste.

On a du mal à le tirer de son apathie. Ce n'est qu'après des sollicitations répétées qu'on obtient une ébauche de réponse (marmonnement incompréhensible), puis la véritable réponse :

« Je m'appelle Ferdinand. »

D. — Ferdinand comment ?

R. — On m'a enlevé mon nom.

D. — Qui ça?

R. — Je ne sais pas. (Cette réponse est proférée à voix basse et d'une manière assez solennelle.)

Soudain, il se dresse sur son séant, les yeux un peu hagards et regardant fixement dans une direction donnée. Comme il paraît avoir une hallucination, on lui demande s'il entend quelque chose d'anormal. Il répond qu'il n'entend que le Docteur qui lui parle et la conversation des autres malades.

On lui demande comment il se trouve. Il répond qu'il souffre du ventre, puis, sur le ton de l'aveu, il ajoute : « J'ai dû prendre un toxique depuis que je suis ici, car je me suis trouvé un jour avoir mauvaise bouche après avoir mangé. » Les infirmiers nous apprennent d'ailleurs qu'il refuse les aliments provenant de l'Asile de crainte d'être empoisonné. Il n'accepte que les aliments qui lui sont apportés par sa femme.

Comme on lui fait remarquer qu'il parle tout le temps à voix basse, il dit que c'est « afin de ne pas s'exposer ». Il éprouve la sensation de courir un grand « danger ». Il a remarqué certaines « coïncidences » dans les allées et venues des infirmiers autour de lui. « Je me crois menacé. Les infirmiers ont dû avoir reçu l'ordre d'être violents. »

D. — De qui ont-ils reçu cet ordre?

R. — Je ne sais pas.

D. — Avez-vous des ennemis?

R. — Je ne peux pas les désigner directement, mais je sens que j'en ai aux résultats.

D. — Quels résultats?

R. — Je ressens des morsures partout, des coups qui me secouent tout le corps.

D. — Pourquoi agit-on ainsi avec vous?

R. — On me prête une grosse fortune... c'est faux, je n'ai pas un sou.

(Dès qu'on cesse de lui parler, il retombe dans son apathie, et on éprouve la même difficulté à renouer la conversation avec lui.)

D. — A quoi croyez-vous qu'on veuille en venir avec vous?

R. — Je ne sais pas, par moments, je me sens emporté par un courant auquel je ne puis pas résister.

D. — Alors, vous n'êtes plus maître de vos actes?

R. — Précisément. Je suis emporté par le flot des idées et des hommes.

Un interrogatoire un peu long paraît l'importuner. Il redevient somnolent et indifférent, au moins en apparence, à ce qui se passe autour de lui.

Le 22 Novembre 1928 :

« Je sens peut-être un mieux ce matin, je ne sais pas s'il va se continuer. »

D. — Alors, vous parlez toujours à voix basse?

R. — Oui, parce que je suis écouté de partout.

D. — Qui vous écoute?

R. — Je ne sais pas précisément.

Il est toujours tourmenté par sa santé, parce

qu'il « ressent des choses très anormales au ventre ». Les infirmiers ont une « organisation spéciale à laquelle il a beaucoup de mal à se faire. »

Il y a des choses dans leur service qu'il ne s'explique pas.

Il est moins inquiet qu'hier :

« Mes idées ne sont pas très nettes et ne sont pas suivies », dit-il comme on lui fait remarquer qu'il ne se sent pas en danger comme hier.

Il paraît conserver en partie ses craintes d'empoisonnement : « J'ai eu l'impression qu'à un moment donné on m'a donné quelque chose de contraire. »

Il demande à être « porté sortant par ces messieurs du service de santé » pour aller en convalescence chez lui.

« Je me fais beaucoup de soucis parce que je me demande à quoi je vais en arriver à rester là comme cela. »

« Je suis venu ici comme malade, et maintenant j'ai l'impression qu'il y a quelque chose de changé. »

Il s'étonne de ce qu'on n'ait pas voulu lui donner du travail.

« Je ne peux pas parler avec précision, parce que j'éprouve une grande fatigue et pour des raisons que je ne puis pas dire. Peut-être mon rôle ici a-t-il été changé à mon insu. »

Il éprouve une sensation de lassitude extrême, et ferme les yeux toute la journée « parce qu'il se sent mieux ainsi. »

« J'ai beaucoup de volonté, même étant malade. »

« J'ai besoin de soins. »

Il a conscience d'être malade. Il a l'impression qu'il y a quelque chose de changé dans sa personnalité depuis qu'il est venu ici. Il voudrait retourner dans une petite chambre pour y être plus tranquille.

« Quand Messieurs les infirmiers s'asseoient sur mon lit, cela me fait une révolution dans le ventre. »

« Je me crois condamné à mourir bientôt par l'affection que je crois avoir. »

Hypocondrie. Tristesse passive. Résignation morne. Dépression. Un peu d'abattement. Continue à se plaindre des infirmiers. Parle à voix basse. Ton monotone et un peu plaintif.

Le 28 Décembre : (Examen fait dans le service de l'admission, où le malade a été transféré.)

Immobile, regard étrangement fixe, inerte, ne répond pas aux questions, paraît absent. A la fin de l'examen, reconnaît enfin le médecin et lui répond.

D. — Pourquoi ne me répondiez-vous pas tout à l'heure?

R. — Mais, Docteur, je vous ai répondu psychiquement.

Le 27 Mai 1929 :

Le malade est au lit, sommeillant. Nous le prions de se lever pour venir dans le bureau, il demande

ses vêtements et s'habille, puis il fait observer qu'on l'a examiné déjà bien des fois, que son état n'est pas amélioré par son séjour à l'asile, qu'au contraire il **va plus mal qu'au moment de son entrée**. Il semble un peu hostile, et proteste en somme contre son internement, mais d'une façon timide.

Son visage exprime l'inquiétude. Son attitude, lorsqu'il est debout, est un peu soudée. Il parle d'une voix basse et monotone. La mémoire semble peu touchée, il se souvient bien des dates, du temps qu'il a passé dans les divers services. Son orientation est bonne. Il se plaint d'une fatigue extrême. Par moments, il se demande comment il peut tenir debout, au point qu'il suppose qu'il doit être parfois soutenu par des volontés extérieures. On ne peut lui faire préciser quelles sont ces volontés, il dit simplement : « C'est un ensemble de personnes qui agissent sur moi pour me soutenir. » Il se plaint d'être toujours somnolent. Par moments, dit-il, il essaie de se reprendre, de comprendre.

Interrogé sur les débuts de sa maladie et sur les périodes d'anxiété qu'il a présentées, il dit : « J'étais comme somnolent, je me trouvais comme menacé sans savoir pourquoi, je craignais de perdre la raison, ma pensée m'était comme retirée. » Puis à nouveau, il dit que le traitement ne lui a pas fait de bien et qu'il est plus malade qu'à son entrée.

L'attention est conservée. Il fait un effort très visible pour répondre avec précision. Plusieurs fois, lorsque nous l'interrompons, il termine ce qu'il est

en train de dire en s'excusant, puis ensuite il répond à notre question. Nous lui demandons de faire une division d'un nombre de 5 chiffres par un nombre de 3 chiffres; il la fait avec une grande lenteur; il s'arrête et dit avec une réelle anxiété : « C'est bizarre, je ne sais plus faire cela. » Bien que nous l'invitions à la laisser, il insiste, pose les multiplications partielles et arrive avec un gros effort à un résultat exact.

Il est très inquiet de son état, dont il a pleine conscience : « Je me demande comment je suis tombé ». Mais il ne croit pas que celui-ci puisse s'améliorer à l'asile et il voudrait rentrer chez lui. S'il sort, il ira chez un parent à la campagne, ce serait une convalescence et il essaierait de s'adapter au travail de la terre. Mais il ne sait s'il pourra réussir, car il n'est plus capable de faire un métier bien dur. Plus tard, il reprendrait, si c'est possible, son travail d'assurances. Au sujet de l'avenir comme de son état de santé, ce qui domine, c'est l'inquiétude, le doute, la perplexité. « Il y a des moments, dit-il, où il me semble que je pourrais faire quelque chose, mais je ne peux savoir. »

Attitude un peu soudée pendant la marche. Diminution des mouvements automatiques associés des membres supérieurs. Légère hypertonie musculaire. Signe de la roue dentée nettement ébauché. Pupilles égales réagissant. Pas de troubles de la convergence. **Réflexes rotuliens normaux.**

Voici donc un malade qui a présenté un syn-

drome catatonique caractéristique, et dont d'autre part l'aspect clinique offre quelques ressemblances avec l'hébéphréno-catatonie. Pourtant certaines particularités nous inclinent à rattacher ces troubles à la névraxite épidémique.

1° L'anxiété. — Le malade a eu avant son entrée plusieurs crises d'anxiété nocturne; au cours de l'une d'entre elles, il s'est même enfui dans la rue. Il a eu une crise semblable pendant son séjour au service libre, crise nocturne avec terreur sans objet (il s'est réfugié sous le lit) coïncidant d'ailleurs avec une élévation thermique. Au cours de divers examens, il manifesté ses craintes, « il a le sentiment de courir un danger, il ne sait lequel ».

2° La conscience remarquable des troubles (1), le sentiment de sa diminution psychique, sa perplexité, son inquiétude, sa crainte de ne pas guérir. « Je veux lire et je ne me rappelle pas... Mes idées ne sont pas nettes », etc... Lors du dernier examen, il exprime avec précision sa torpeur et son anxiété au moment de son séjour à la clinique: « J'étais comme somnolent, je me trouvais menacé sans savoir pourquoi, je craignais de perdre la raison. »

3° La conservation de la capacité d'effort intel-

(1) G. Petit, dans une communication à la Société de Psychiatrie le 27 avril 1922, indique avec quelle fréquence et quelle intensité persiste la conscience de l'état morbide, même aux périodes les plus lointaines de l'évolution. Cette conscience se manifeste à des degrés variables avec des intermittences fréquentes. Il note aussi la persistance de l'auto-critique et du jugement.

lectuel (1), bien que ce dernier soit très pénible. Ceci apparaît nettement quand nous lui demandons de faire une division; il n'y parvient pas d'abord et il dit avec une réelle angoisse : « C'est bizarre, je ne sais plus faire cela. » Et, bien que nous l'invitions à la laisser, il s'acharne et arrive à la faire correctement.

4° L'impatience très caractéristique des encéphalitiques, qui exigent de voir immédiatement réaliser les désirs qu'ils expriment. « Donnez-moi tout de suite de l'alcool de menthe, il m'en faut tout de suite. »

5° La somnolence et l'asthénie profonde dont se plaint le malade.

6° L'ictère qui a précédé les troubles mentaux. On sait combien l'atteinte hépatique a été fréquemment signalée dans l'encéphalite.

7° L'élévation thermique coïncidant avec la crise d'anxiété et se prolongeant pendant une quinzaine de jours, sans qu'aucun symptôme particulier permette de la rattacher à une cause précise.

(1) Dandlo (Thèse manuscrite, 1921, analysée dans l'Encéphale de 1922, n° 5), étudiant les différences entre la stupeur encéphalitique et les autres formes de stupeur, insiste sur la persistance de l'activité psychique : « La perception et l'aperception ne sont pas touchées, l'idéation est ralentie avec ténacité de l'attention, persistance de l'activité psychique sur un problème donné sans qu'il soit nécessaire d'insister dans l'interrogatoire, de reposer la question, mais avec grande fatigabilité. » Plus loin, il signale la conscience des troubles : « dans la stupeur encéphalitique, on remarque une lucidité complète de l'état maladif. »

8° Les signes neurologiques qui, pour être légers, ne nous semblent pas sans valeur.

On nous opposera l'hérédité du malade et le fait qu'il a déjà présenté depuis trois ans un état dépressif, et des troubles d'excitation (avec idées de grandeur) d'ailleurs fugaces. Tout d'abord, nous ne nions pas le rôle du terrain; mais d'ailleurs nous sommes en droit de penser que le début de la névraxite remonte à plusieurs années. En effet, le malade a fait toute la guerre et a été trois fois blessé. Jusqu'à cette époque, il a donc été en bonne santé physique et mentale. Par contre, depuis quelques années (trois ans au moins), il est triste, inquiet, déprimé, et il a présenté d'autre part une période d'excitation en 1927. En même temps, son état physique s'est altéré et il a eu notamment des troubles hépatiques et du subictère fréquent. Il a fait d'ailleurs une rémission de six mois avec bonne santé apparente, comme il est si fréquent dans l'encéphalite.

Début insidieux, sans période aiguë infectieuse ayant attiré l'attention, dépression, petite phase d'excitation, ictère, rémission, puis crises d'anxiété sans objet obligeant à l'internement, état fébrile constaté à ce moment, variabilité des troubles, inquiétude, conscience, perplexité, signes neurologiques discrets, tout cela nous paraît bien être le tableau clinique d'une de ces formes frustes de névraxite dont les troubles mentaux constituent parfois pendant longtemps l'unique manifestation et qui évoluent à bas bruit

pendant des années comme une maladie chronique avec des rémissions et des paroxysmes.

OBSERVATION XVI (1)

Syndrome hébéphréno-catatonique. — Début il y a huit ans. — Hérédo-syphilis. — Probabilité d'encéphalite épidémique.

Pierre Gl... entre dans le service le 18 Mars 1929. Le certificat de placement est le suivant :

« Excitation avec crises parfois violentes. Onanisme semblant céder à l'ingestion d'extrait ovarien. Le malade est un hérédo-syphilitique, mais il semble que l'état de son système nerveux ne soit pas simplement influencé par cette hérédité, mais qu'il y ait eu à un moment donné une encéphalite épidémique larvée à la suite de laquelle on a assisté à la régression de son intelligence, jusqu'à la normale. »

Renseignements fournis par le frère, étudiant en médecine :

Antécédents personnels :

Pierre est malade depuis huit à dix ans. Venu à terme, il n'a pas présenté de convulsions dans le jeune âge, il avait des végétations et respirait mal; il a toujours été un peu lent d'esprit et de caractère

(1) Due à l'obligeance de M. le Docteur Petit, médecin-chef à la Maison de Santé de Neuilly-sur-Marne.

grognon. Toutefois, il semblait normal et son intelligence fut suffisante pour lui permettre de suivre les cours du lycée jusqu'en 4^e et d'y obtenir des prix. Vers l'âge de douze ans, il a eu un traumatisme crânien en tombant d'un trapèze; il n'a pas eu de perte de connaissance, pas d'amnésie consécutive, mais il a eu de la céphalée pendant quelques jours.

Hérédo-syphilitique.

Bordet-Wassermann négatif dans le sang il y a quelques années et aussi cette année. Liquide céphalo-rachidien le 16 mars 1929 : Wassermann négatif, lymphocytes 0,8 par mmc., albumine 0,26, glucose 0,58.

Suivi par le Dr S..., vu par plusieurs autres médecins spécialistes, il a eu un traitement spécifique depuis l'âge de dix-sept ans : stovarsol, sulfarsenol, bismuth (diverses séries). Récemment, il a reçu huit injections de cyanure de mercure à 0,01. Jamais il n'a eu d'accidents d'intolérance.

Il a été traité aussi par extrait ovarien et bromure de potassium. Depuis quelques semaines, on lui donne de l'extrait thyroïdien. Le Dr B... a conseillé l'hypophyse. Il semble être un peu plus calme après un traitement prolongé.

Antécédents héréditaires :

Père 62 ans, spécifique, soigné pour syphilis, serait légèrement tabétique et de plus semi-parkinsonien depuis deux ans. Il est vif d'esprit ainsi que les deux frères. Entre 30 et 40 ans, il aurait présenté de la neurasthénie.

Un frère aîné, 25 ans, est bien portant, mais aurait suivi un traitement spécifique.

Un frère cadet, se dit bien portant.

Mère, 40 ans.

Sœur du père aurait présenté à la suite du retour d'âge de la neurasthénie, internée jusqu'à sa mort à 48 ans; a des enfants.

Un frère du père aurait une maladie de cœur.

Histoire de la maladie actuelle :

Le début s'est fait insidieusement en quelques années sans troubles organiques nets. Pierre devint paresseux, insouciant, distrait, on dut le retirer du lycée. En même temps, il manifesta des troubles du caractère, se montrant indifférent, négligé, enfantin. A la même époque, il y eut un développement considérable des organes génitaux avec onanisme intense.

On le plaça dans une école d'agriculture, où il fit des fugues. Mis ensuite chez des particuliers, il restait inactif et manifestait des troubles du jugement. Ces derniers temps, il fut placé dans une école libre, où il est resté plusieurs mois. Les accès de colère sont devenus de plus en plus fréquents, il n'obéissait à aucune injonction. Dernièrement, il voulait aller au cinéma tous les soirs; il a frappé « sa nourrice » à coups de parapluie; il a brisé des vitres.

Il est instable, ne peut demeurer nulle part. Il s'oriente d'ailleurs bien seul dans les rues et dans les tramways. Ces derniers temps, il est revenu disant qu'il s'était battu parce qu'on se moquait de lui.

Il est indifférent au point de vue affectif depuis un ou deux ans. Il se masturbe depuis l'âge de 14 ou 15 ans, plusieurs fois par jour, surtout ces derniers temps. Depuis un an et demi, il est devenu progressivement de plus en plus palilalique et palipraxique (aller au cinéma tous les jours). Il n'a jamais exprimé d'idées délirantes. Il rit sans motifs apparents, se frotte les mains et le visage par périodes depuis deux ou trois ans.

Il y a un an, il pouvait encore rédiger une page d'écriture, il a pris à ce moment des leçons de sténodactylographie. On n'a pas constaté d'épisode net de la série encéphalitique, mais seulement de la somnolence pendant un jour et demi il y a quatre ou cinq ans (pendant trois jours d'après renseignements du D^r Baruk).

Pas de troubles oculaires. Pas de myoclonies. Pas de crise de tremblement. Parfois, il marche voûté, le corps penché du côté gauche. Il n'a jamais été interné ni traité dans une maison de santé.

Renseignements donnés par M. le D^r Baruk qui a vu le malade le 25 Février 1929 :

Facies peu expressif, bouche entr'ouverte.

Palilalie : Bonjour Monsieur, bonjour Monsieur, etc...

Echolalie : Répète les questions.

Semble constamment distrait.

D. — Quel âge avez-vous?

R. — Quel âge j'ai, quel âge. J'ai 18 ans (et ainsi de suite.)

Paroles rapides, mal articulées, explosives ; répond cependant bien aux questions. Mémoire précise.

Conservation des mouvements automatiques et associés (balancement des bras). Pas de raideur ni de roue dentée. Anticipation passive très marquée aux membres supérieurs. Catalepsie très prononcée.

Réflexes normaux, pas de signes pyramidaux.

Réflexes de posture impossibles à déterminer en raison de l'anticipation passive.

Signe de la poussée normal.

Pupilles égales réagissant bien à la lumière. Convergence paresseuse. Pas de paralysie oculaire.

Le 19 Mars 1929 :

D. — Savez-vous où vous êtes ici ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Où pensez-vous être ?

R. — (Le malade répète plusieurs fois la question posée) Paris, ça fait une différence avec ici. Paris est bien, ici c'est mal.

D. — Où habitez-vous ?

R. — A C... C'est réellement une grande ville Paris, il y a au moins trois millions, si ce n'est quatre. Combien, monsieur ?

D. — Trois millions et demi. Alors, vous ne savez pas où vous êtes ici ?

R. — Je ne peux pas savoir.

D. — Le nom de cet établissement ?

R. — Mais c'est un établissement.

D. — Qu'est-ce qui s'est passé hier soir?

R. — Je voulais leur passer quelque chose, une correction.

D. — Que vous ont-ils fait?

R. — Ils m'ont fermé la porte au nez, je leur avais dit de l'ouvrir, mais d'où qu'ils sont ces types-là?

D. — Vous disiez que si vous aviez eu un revolver, vous auriez tiré.

R. — Oui, je n'étais pas content, je suis content que chez moi.

D. — Pourquoi êtes-vous venu à Paris?

R. — Paris attire.

D. — Depuis combien de temps étiez-vous à Paris?

R. — Depuis... depuis... voyons, plusieurs mois, trois mois.

D. — Qu'est-ce que vous faisiez?

R. — Je m'amusais, je rigolais, Monsieur.

D. — Pourquoi étiez-vous venu à Paris?

R. — J'aime beaucoup Paris, c'est une des sept merveilles du monde.

D. — Vous préférez demeurer à C...?

R. — On n'est bien qu'à Paris, c'est une capitale extraordinaire, c'est tout ce qu'il y a de plus beau.

D. — Quel jour sommes-nous?

R. — Lundi.

D. — Quel mois?

R. — Le mois d'août.

D. — Quelle année?

R. — 1929. Paris c'est quelque chose de bien, mais ici ce n'est pas quelque chose de bien. Tout le monde est parisien ici.

D. — Est-ce qu'on vous a fait des chicanes et des tours?

R. — Chez moi, ils voulaient me battre. A Paris, personne ne m'a rien fait. Les bonnes, les frères, les parents, tous voulaient me battre. Mais aussi, moi quand je m'y mets, je tape dur.

D. — Sur qui?

R. — Sur tout le monde, je veux être le maître.

D. — Qu'est-ce que vous désirez?

R. — Etre à Paris, on m'a renvoyé.

D. — Que faisiez-vous?

R. — Je jouissais, je riais, je visitais les grands magasins, je n'ai jamais rien vu de plus beau, Paris est la capitale de tout.

(Parfois, le malade se frotte les mains d'une manière stéréotypée en répétant les mêmes phrases, les mêmes mots à trois ou quatre reprises.) Ici, c'est un peu Cannes, Paris et Cannes sont les deux merveilles du monde; ces deux villes sont les six ou sept merveilles, ou bien on peut dire les sept ou huit.

D. — Vous êtes bien ici, vous êtes déjà venu ici?

R. — Je ne pensais pas qu'on m'aurait joué un tour comme ça.

D. — Est-ce que vous lisez les journaux?

D. — Quel journal, le *Parisien*?

R. — Qu'est-ce qui vous intéresse dans le *Parisien*?

D. — C'est bien joli, c'est une merveille aussi, c'est une huitième, dixième merveille aussi.

D. — Qu'est-ce qui vous intéresse dans la vie?

R. — Paris, un point, c'est tout. Paris et ici, cela fait deux.

D. — Vous me disiez que vous aviez eu une encéphalite léthargique.

R. — Je ne m'en souviens pas, Monsieur, ça se peut bien.

D. — Vous avez été malade?

R. — Oui, Monsieur, si j'étais malade, oui, ça fait trois fois, c'était de la colère aussi, la colère c'est une mauvaise conseillère, une mauvaise protectrice, c'est une mauvaise besogne.

D. — Pourquoi vous mettiez-vous en colère?

R. — C'est parce que je ne suis pas content.

D. — Est-ce que vous aimez vos parents?

R. — J'ai beaucoup d'amitié pour eux.

D. — Pourquoi les avez-vous battus?

R. — J'ai fait comme tout le monde. Je suis mauvais de moi-même, j'ai toujours été méchant.

D. — Tout petit, étiez-vous méchant?

R. — Tout petit si j'étais méchant? Je pense bien. Maintenant je suis plus méchant, je suis très âgé maintenant.

D. — Quel âge avez-vous?

R. — Je ne veux pas vous le dire, mais pour vous 24 ans.

D. — Avez-vous eu de la léthargie et de la somnolence?

R. — Oui, comme tout le monde.

D. — Quand est-ce?

R. — Je ne sais pas. Est-ce que vous l'admirez la capitale?

D. — Oui. Est-ce que vous désirez vous marier?

R. — Moi, mais je suis trop bête.

D. — Je ne crois pas.

R. — Je ne suis pas bien intelligent.

D. — Vous appreniez bien à l'école?

R. — J'apprenais très bien. Cela me fatigue de parler. Moi, je ne parle pas bien, tandis qu'il y en a qui parlent très bien, on dit même qu'ils ont la langue bien pendue, moi je ne l'ai pas. Ici, ça me rappelle Nérís, c'est un petit Paris.

D. — Quand avez-vous été à Nérís?

R. — Mais c'est joli, Nérís, c'est un petit Paris, c'est bien.

D. — Est-ce que vous avez fait votre service militaire?

R. — Ce n'est pas avec ces gens-là qu'on peut le faire.

D. — Pourquoi ne l'avez-vous pas fait?

R. — Je ne le mérite pas, je ne suis pas digne de le faire, vous plaisantez.

D. — Est-ce que vous avez subi des influences?

R. — Comme la vôtre, des bonnes, et aussi des mauvaises, comme hier (il pleure).

D. — Lesquelles ?

R. — Ici, dans le quartier, là-bas avec toutes ces personnes.

D. — Est-ce qu'il y a des personnes qui veulent vous faire du mal ?

R. — Je me chargerai de leur mettre les points sur les i. Je leur dresserai le poil. Jamais je n'avais été si en colère de ma vie qu'hier ; si j'avais eu un rigolo, je les aurais descendus. Ce sont des Allemands, des Boches qui bousillent les Français, qui mettent le feu.

(Légère sialorrhée, parfois excitation verbale, volubilité du débit.)

D. — Est-ce que vous êtes croyant ?

R. — Je crois en Dieu, le tout-puissant, le Créateur. Je suis catholique, si je ne l'étais pas, je serais un mauvais drôle.

D. — Est-ce que vous avez essayé de vous faire du mal ?

R. — C'est impossible.

D. — Et l'idée de vous faire du mal ne vous est jamais venue à l'esprit ?

D. — Elle ne m'est jamais venue dans le cerveau.

Dieu, c'est le Créateur et maître de toutes choses, je n'aime pas plaisanter, j'aime mon village.

D. — Savez-vous la chanson : « Qu'il est beau, mon village » ?

R. — Oui.

(Il chante : « Grand Dieu, qu'il est beau, mon village, mon Paris, mon grand Paris », et continue sans se lasser en répétant toujours cette même phrase.

D. — Vous masturbez-vous?

R. — Oui.

(Il dit qu'il le fait deux fois par jour en pensant à sa mère, que c'est elle qui l'y pousse. Il demande ensuite si nous la connaissons et dit que c'est une personne très bien, pas comme les gens d'hier soir.)

Savez-vous qui je suis? Je suis l'Eternel, je me suis créé moi-même et j'aimais beaucoup le démon, le diable, ça me fait de la peine, car je veux qu'il brûle éternellement. C'est moi qui ai créé le ciel, la terre. Je n'ai pas commencé, je ne finirai pas. On me tirerait trois balles dans le corps, je ne mourrais pas. (Répète souvent : Cela vous épastrouille, Monsieur).

D. — Croyez-vous ce que vous venez de dire?

R. — Oui, je le crois. Il n'y a que moi qui le sais.

D. — Est-ce que votre corps vous paraît changé, transformé?

R. — Je vais très bien, je vous remercie. J'ai bon appétit, je dors bien, oui, je n'ai pas de cauchemars.

D. — On a essayé de vous empoisonner?

R. — Mais qui êtes-vous?

D. — Je suis le médecin.

R. — Est-ce que vous êtes éternel?

D. — Non.

R. — Le diable a fait le mal, je lui ai fichu une râclée, est-ce qu'il faut qu'il brûle éternellement?

D. — Mais a-t-on essayé de vous empoisonner?

R. — Oui, mon frère.

D. — Pourquoi?

R. — Parce que cela m'a fait plaisir, c'est moi qui lui ai commandé.

Le malade se prête avec docilité et passivité à l'examen physique, sans rien dire la plupart du temps, attitude qui contraste avec la volubilité dont il a fait preuve au cours de l'examen oral. Pendant qu'on regarde ses dents, il dit qu'elles sont en or.

Tremblement, oscillations très perceptibles aux mains, surtout à droite. Langue instable, très tremblante.

Réflexes patellaires très exagérés des deux côtés. Réflexes achilléens très vifs, surtout à droite. Légère exagération du réflexe de posture du côté droit. Nuance d'hypertonie au membre supérieur droit. A peine une légère diminution des mouvements automatiques du membre supérieur droit pendant la marche. Membre supérieur droit écarté du corps.

Palipraxie : prié de faire le mouvement de moulinet avec son bras droit, le malade exécute cet ordre et le répète à nouveau pendant les paroles qui suivent. Au bout d'une minute et demie ou de deux minutes, il demande s'il peut arrêter.

Catatonie très nette. Il garde les attitudes qu'on lui donne sans mot dire, sans montrer d'irritabilité, les mains levées, le membre inférieur droit plié en

angle droit, demeurant sur un pied avec beaucoup de passivité et de docilité.

Les pupilles paraissent réagir à la lumière, elles sont moyennement dilatées, la droite plus que la gauche. Déformation légère du nez en selle. Dents cannelées. Visage de couleur pâle. Acné légère du visage. Iris bleu pâle. Coryza, écoulement incessant de la narine gauche.

D. — Comment faut-il vous appeler ?

R. — Pierre G....

D. — Mais vous êtes Dieu ?

R. — Oui, Père éternel, Père tout puissant.

Le certificat immédiat est ainsi rédigé :

« Paraît atteint d'hébéphrénocatatonie, viscosité mentale, lenteur des réactions psycho-motrices. Palilalie et palipraxie, catatonie, irritabilité avec réactions impulsives et violentes. »

Du 18 Mars au 2 Avril 1929. (Notes du surveillant.)

Le malade est triste et paraît indifférent à ce qui se passe autour de lui ; il reste inoccupé et demeure pendant des heures couché sur un banc, ne parle pas aux autres pensionnaires et, lorsqu'on lui adresse la parole, semble sortir d'un rêve. Il mange de bon appétit, assez proprement, mais auparavant demande toujours s'il doit le faire et si c'est bien pour lui.

Le soir, il faut toujours le prier plusieurs fois de se déshabiller. Il dort environ huit heures d'un sommeil paisible.

Il parle peu de sa famille, demande toujours à partir, répète plusieurs fois les mêmes phrases. Il prétend être le maître et ne recevoir d'ordres de personne. Menaçant envers les infirmiers au début, il est plus calme maintenant.

Il a rempli sa fiche de renseignements, donnant exactement son nom, son prénom, son âge et son adresse. Puis il a ajouté : « on m'a placé ici parce qu'on m'a renvoyé d'ailleurs. J'ai pas de maladie, je me sens malade. Je suis mécontent simplement. Je pensais être dans mon établissement, à C... Mes projets sont de ne rien faire. »

Le 4 Avril 1929 :

Le malade a saisi à trois reprises un autre malade à la gorge; il aurait dit que ce dernier était le diable.

Le 15 Avril 1929 :

Somnolence fréquente le matin et l'après-midi, mais prend 20 centigrammes de gardénal.

Le 1^{er} Mai 1929 :

Catatonie provoquée moins accentuée. Moins de palilalie.

Le 3 Mai 1929 :

Tenue débraillée. Il entre en disant : « Bonjour Monsieur, bonjour Monsieur, bonjour Monsieur, bonjour Monsieur », sur le même ton. Il fait répéter

les questions et les redit ensuite plusieurs fois avant de répondre.

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — 24 ans, 24 ans, oui, j'ai 24 ans, j'ai 24 ans, oui, Monsieur.

D. — Quelle est votre date de naissance ?

R. — 24 Juillet 1906 (inexact, 1907).

D. — Que faisiez-vous ?

R. — Rien.

D. — Que désirez-vous ?

R. — Je veux qu'on m'obéisse, je suis le maître ; ou je suis le maître, ou je suis le valet, mais je suis plutôt le maître. (Sourire.) Je suis le maître ; je suis un type, un type dans le genre de Napoléon ; je suis inférieur à tout, mais je suis le maître.

D. — Que désirez-vous ?

R. — Hein ?

D. — Que désirez-vous ?

R. — Ce que je désire, ce que je désire, ce que je désire, c'est de sortir, moi, c'est de sortir, c'est de sortir. C'est pour le coup que je vous remerciais.

D. — Depuis combien de temps êtes-vous malade ?

R. — Depuis deux ans. (Rire.)

Mouvements stéréotypés de l'avant-bras que le malade déplace autour du coude, dans un plan horizontal.

Pas de troubles de la marche ; conservation des mouvements automatiques associés (peut-être légère diminution au niveau du bras droit.)

Pas de signe de la roue dentée.

Attitude catatonique. Conservation prolongée des attitudes aux membres supérieurs et inférieurs, avec en même temps parfois des troubles vaso-moteurs de la face.

Léger tremblement des doigts.

Prié de montrer sa langue, le malade la tire et la rentre plusieurs fois dans sa bouche avant de pouvoir la laisser immobile. Une seconde épreuve donne le même résultat. On note un peu de tremblement.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont très vifs, les pupilles un peu dilatées, la gauche plus que la droite.

A un moment, le malade rit et dit spontanément : « Je vous demande pardon, je ris malgré moi. »

Liquide céphalo-rachidien : Lymphocytes 0,8 ; albumine 0,26 ; glucose 0,58 ; B. W. négatif ; Weichbrodt négatif ; Pandy négatif.

Ici donc, le tableau clinique est vraiment celui de l'hébéphréno-catatonie ; pourtant, nous inclinons encore à le rattacher à la névraxite épidémique.

D'abord, le malade a présenté avant les troubles mentaux une période de somnolence de quelques jours. D'autre part, si les modifications du caractère, l'excitation génitale du début ne sont pas pathognomoniques, déjà l'irritabilité, les impulsions, les colères, l'indocilité (il prétend être le maître, il veut être obéi) nous paraissent porter un peu la marque de

l'impatience des encéphalitiques. Deux symptômes enfin nous semblent avoir une valeur particulière : la palilalie (il ne s'agit pas ici de stéréotypies verbales, mais de palilalie vraie) et la conscience des sourires immotivés (le malade s'excuse de sourire).

Les signes neurologiques sont ici discrets, pourtant l'attitude est assez nettement soudée, le masque est figé, les réflexes tendineux sont très vifs et les mouvements automatiques du membre supérieur droit, pendant la marche, légèrement diminués

Ajoutons que les troubles sont apparus sur un terrain préalablement touché, le malade étant un hérédé-syphilitique; et notons enfin cette coïncidence curieuse que le père, anciennement atteint d'une syphilis nerveuse (tabes) est devenu depuis quelques années parkinsonien.

CHAPITRE VIII

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Au cours de notre travail, nous avons vu que des phénomènes catatoniques véritables (suggestibilité, négativisme, conservation des attitudes) peuvent apparaître transitoirement au cours de toxi-infections diverses, se prolonger pendant un temps très variable — de quelques heures (grippe) à quelques jours (typhoïde) ou plus longtemps (paludisme, infection puerpérale, syphilis) — et disparaître complètement avec la guérison de la maladie.

D'autre part, nous avons observé dans la paralysie générale la transformation du tableau classique en celui de l'hébéphrénocatatonie, qui peut persister pendant de longues années.

Enfin, il semble que des infections (syphilis, encéphalite, paludisme) soient capables de réaliser un syndrome chronique tout à fait semblable à celui de la démence précoce catatonique.

Il nous paraît possible de tirer de notre étude quelques considérations générales.

Tout d'abord, au point de vue clinique, nous voyons que la catatonie ne constitue pas un syndrome aigu, mais semble au contraire correspondre à des atteintes atténuées. C'est ainsi que nous l'observons dans les cas de P. G. prolongées permettant une très longue survie ; nous la voyons aussi apparaître chez les malades traités par l'impaludation (1) où elle traduit une amélioration, quelquefois avec possibilité d'une certaine reprise de vie sociale, tout au moins de sortie de l'asile et de réadaptation au milieu familial (2).

Il en est de même dans le paludisme, où c'est en général après les accès, pendant la convalescence qu'apparaît la catatonie. Enfin, dans l'observation que nous donnons dans le chapitre de l'infection puerpérale, c'est après la chute de la température que succèdent à la confusion aiguë les symptômes catatoniques.

Au point de vue de la pathogénie, il n'est pas dans notre sujet de discuter ni même de rappeler les diverses théories tendant à expliquer la catatonie. Nous voudrions seulement rapprocher ces conclusions de notre étude clinique de quelques travaux récents avec lesquels elles semblent s'accorder.

(1) H. Claude. P. G. et Schizophrénie. *Prat. Méd. Française*, mars 1928.

(2) Mlle Serin, étudiant dans sa thèse (Paris, 1926) les formes paranoïdes de la P. G., conclut que ces psychoses sont développées sur un fond démentiel atténué.

MM. Claude et Baruk pensent qu'il n'est pas possible de considérer la catatonie comme répondant à une localisation destructrice précise, et attirent l'attention sur l'importance du caractère de diffusion (I)

(1) Nous donnons ici un examen histologique montrant des lésions classiques de méningo-encéphalite diffuse remarquablement étendues chez un P. G. ayant présenté des phénomènes catatoniques. Nous n'avons à son sujet que des notes cliniques succinctes : « Affaiblissement global, désorientation, comportement démentiel, gestes et propos incohérents, crises de colère intermittentes, opposition, morsures, semi-mutisme permanent, refus de soins et d'aliments, incurie, gâtisme. A fait pendant quinze jours une période d'hébéphrénocatatonie avec persévération des attitudes, immobilité stuporeuse, soliloques stéréotypées, grimaces, mimique discordante. Dysarthrie. Argyll. Rotuliens et achilléens très faibles. Syndrome humoral très positif. » Le malade est mort peu de temps après cet examen.

Voici ce que montre l'étude histologique que nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Cuel, chef de Laboratoire à la Faculté de Paris :

La pie-mère, opalescente et considérablement épaissie, est infiltrée de nombreuses cellules rondes qui, dans les sillons, forment de véritables nappes. Ces altérations, étendues à toutes les méninges centrales, présentent leur maximum au niveau de la zone frontale.

Au niveau du cortex, on note une prolifération marquée du réseau capillaire cortical dont les parois sont notablement épaissies. Les gaines périvasculaires sont infarcies de cellules rondes d'une façon irrégulière. Certaines ne contiennent que des cellules peu nombreuses tandis que d'autres sont munies d'un manchon assez épais.

Le réseau myélinique tangentiel a presque complètement disparu. La cyto-architecture cérébrale est fortement troublée, particulièrement au niveau des couches profondes.

Assez nombreuses figures de neuronophagie. Quelques cellules en bâtonnet.

Les lésions ci-dessus s'observent dans toute l'étendue du cortex avec maximum au pôle frontal.

Dans les noyaux gris centraux, noyau lenticulaire, noyau caudé et couche optique, on rencontre, irrégulièrement disséminées, les mêmes lésions inflammatoires que dans le cortex. Elles y sont cependant moins intenses.

Dans le pédoncule cérébral, quelques traces inflammatoires discrètes ainsi que dans le bulbe où l'on trouve, sur le plancher du quatrième ventricule, de nombreuses granulations épendymaires. Le cervelet paraît indemne.

de l'atteinte cérébrale : ils inclinent à croire qu'il faut faire une place importante à des phénomènes d'intoxication. Ils se basent sur une série de recherches cliniques complétées par l'expérimentation, notamment sur l'étude des courbes électro-myographiques (1), l'exploration des réflexes de posture et certaines épreuves pharmacodynamiques, celle du somnifène en particulier (2) (cet hypnotique qui, chez les sujets normaux, produit simplement la narcose avec résolution musculaire, donne chez les catatoniques une série de manifestations motrices : d'abord des mouvements ou des gestes d'allure volontaire ; plus tard, des signes de rigidité décérébrée ; parfois des réflexes ressemblant aux réflexes d'automatisme médullaire).

D'autre part, MM. De Jong et Baruk (3) ont pu réaliser expérimentalement chez le chat, par l'injection de bulbo-capnine, des phénomènes tout à fait comparables à ceux qu'on observe chez les malades catatoniques.

Il semble donc que nous puissions rapprocher de ces faits les conclusions de notre étude clinique, dans laquelle nous avons vu, au cours de toxico-infections, les phénomènes catatoniques se produire avec une durée et une intensité des plus variables,

(1) H. Claude, H. Baruk et A. Thévenard. Le syndrome moteur de la D. P. catatonique. *Encéphale*, décembre 1927.

(2) L'épreuve du somnifène dans la catatonie. *Encéphale*, sept.-oct. 1928.

(3) H. de Jong et H. Baruk. Etude comparative expérimentale et clinique des manifestations du syndrome moteur catatonique. *Revue Neurologique*, janvier 1929.

et conclure avec MM. Claude et Baruk (1) « qu'il faut tenir compte dans ces phénomènes de facteurs d'ordre fonctionnel comparables dans une certaine mesure à ceux d'une intoxication, par conséquent susceptibles de variation, de régression, au lieu de considérer la catatonie sous l'angle d'une localisation anatomique destructrice. »

Au point de vue du pronostic, il apparaît également que les phénomènes catatoniques n'ont pas la gravité qu'on peut leur donner si l'on considère uniquement la démence précoce selon la conception de Kraepelin, et, à ce propos, signalons les travaux qui ont montré l'assez grande fréquence de la catatonie dans la psychose maniaque dépressive (2). Rappelons d'ailleurs que, selon Kahlbaum, la catatonie ne comportait pas en elle-même un pronostic sombre, et que les états qu'il décrivait étaient susceptibles de guérison. C'est sur des faits analogues que MM. Claude et Baruk ont récemment attiré l'attention (3) sous le nom de « catatonie périodique ».

(1) La Catatonie. Presse Médicale, 26 décembre 1928.

(2) Voir à ce sujet Lange. Catatonie au cours de la maniaque dépressive, 1922 ; De Saussure, Encéphale, février 1924 ; Rédalié, Encéphale, septembre-octobre 1928 ; où l'on trouvera quelques références bibliographiques.

(3) Presse Médicale, 26 décembre 1928.

CONCLUSIONS

1° Le syndrome catatonique peut apparaître transitoirement, soit complet, soit partiel, au cours de diverses maladies infectieuses. Il est lié le plus souvent à des états de confusion mentale, et s'accompagne fréquemment de stupeur.

2° Un véritable tableau d'hébéphréno-catatonie comparable à celui de la démence précoce peut se montrer au cours ou au décours de toxi-infections ; il est susceptible d'ailleurs de passer à la chronicité ou de guérir après un temps plus ou moins long.

3° Les manifestations catatoniques, notamment dans la P. G., semblent correspondre à des atteintes atténuées, mais diffuses.

4° On peut rapprocher ces faits de la conception de MM. Claude et Baruk qui font jouer un rôle important, dans la pathogénie de ces états, aux phénomènes fonctionnels comparables à ceux d'une intoxication.

5° La catatonie ne comporte pas en elle-même un pronostic particulièrement sombre. Elle est suscep-

tible de guérison et les signes fâcheux que l'on peut observer se rattachent au syndrome de dissociation psychique qui appartient à la schizophrénie.

Vu, le Doyen : Vu, le Président :

ROGER. Henri CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

- tionskrankheiten auftretenden Geistestörungen. Allg.
- Adler.* — Ueber die im Zusammenhange mit acuten Infec-
Zeits. f. Psych., 1897, Bd V, p. 740.
- Ajello.* — Ricerche sulle proprieta fisiologiche generali dei
muscoli nella catatonie, 1907.
- Arndt.* — Ueber die Geschichte der Katatonie. Centralbl. für
Nerv. und Psych., Bd XIV, p. 107.
- Aschaffenburg.* — Die Katatoniefrage. All. z. f. Psych., 17 Bd.,
1898, p. 1004.
- Association for Research in Nervous and Mental Disease.* —
Vol. V. Schizophrenia. New-York, 1928.
- Austregesilo (A.).* — Cataphrenias. Semana med. Buenos-Ai-
res, sept. 1918.
- Ball.* — Leçons sur les maladies mentales, p. 272, 1880.
- Ballet (G.).* — Traité de Pathologie mentale, 1903.
- Baruk et Morel.* — Contribution à l'étude de la psychologie
et de la pathologie de l'hébéphrénie-catatonie. Anna-
les médico-psychologiques, juin 1928. — Archives
internationales de Neurologie, 21^e série, oct.-nov.
1928.
- Bauer.* — Catalepsie symptomatique et rythme de Cheyne-
Stokes. Revue Neurologique, 1903, n° 5.
- Behr.* — Die Frage der Katatonie. Diss. Dorpat, 1891.
- Bellini (L.).* — De urinus et pulsibus, etc., II^e édition, 1698,
p. 521.
- Bernadou.* — La psychomotricité pathologique. Thèse de
Paris, 1922.

- Berkley (H.-J.) et Follis (R.-H.).** — Recherches sur la valeur de la thyroïdectomie et de la thyro-lécithine dans le traitement de la catatonie. *American Journal of Insanity*, janvier 1909. — *L'Encéphale*, 1910, V, 2^e série, p. 512.
- Bertolani.** — Le syndrome catatonique. *Riv. Sperim. di Frenatria*, avril 1926.
- Bleuler.** — La démence précoce ou groupe des schizophrénies. Leipzig et Vienne, 1911.
- Borel.** — Les conceptions actuelles de la démence précoce. *Journal médical français*, mai 1924.
- Bridier.** — Essai sur l'anatomie pathologique des démences. Thèse de Lyon, 1902.
- Brissaud.** — La catalepsie symptomatique. *Le Progrès Médical*, 1903, n° 4.
- Urémie cérébrale avec attitudes cataleptiques. *Semaine Médicale*, 1893, n° 17, p. 125.
- Brissaud et Lamy.** — *Revue Neurologique*, 1903, n° 7.
- Attitudes cataleptiques chez un brightique délirant. *Gazette hebdomadaire*, 1890.
- Brosius.** — Die Katatonie. *Zeitschr. für Psych.*, 1877.
- Bumke.** — *Traité de psychiatrie*, 1929.
- Buscaiano.** — Recherches sur l'histologie pathologique et la pathogénie de la démence précoce, de l'amentia et des syndromes extra-pyramidaux. *Encéphale*, avril 1924.
- Cahen.** — Contribution à l'étude des stéréotypies. *Arch. de Neurologie*, 1901, vol. 12.
- Camus (J.).** — Régulation des fonctions psychiques. Troubles mentaux par lésions extra-corticales. *Paris Médical*, 18 octobre 1924.
- Ceillier.** — Le démembrement de la démence précoce. *La Presse Médicale*, 19 nov. 1924.
- Chaslin.** — La confusion mentale.
- Christian.** — L'hébéphrénie. *Annales médico-psychologiques*, 1887-1888.
- *Annales médico-psychologiques*, 1899, 8^e série, t. IX.
- Claude.** — Sur la catatonie. *Paris Médical*, t. XIV, n° 42, 18 octobre 1924.
- Rapports du syndrome catatonique avec les syndromes parkinsonien et choréique. *Paris Médical*, 1920.

- Rapport du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, 1926.
- Claude et Baruk.** — La catatonie. Presse Médicale, décembre 1928.
- L'épreuve du somnifène dans la catatonie. Archives Internationales de Neurologie, t. II, vol. III, 21^e série, déc. 1928.
- L'épreuve du somnifène dans la catatonie. Encéphale, 1928, n° 8.
- Les crises de catalepsie. Encéphale, mai 1928.
- Claude, Baruk, Aubry.** — Contribution à l'étude de la démence précoce catatonique. Inexcitabilité labyrinthique au cours de la catatonie. Revue Neurologique, 1927 (I), p. 976.
- Claude, Baruk, Thévenard.** — Les réflexes de posture locale et les réflexes d'attitude chez les déments précoces catatoniques. C. R. de la S. de Biologie, vol. 97, 1927, p. 469.
- Le syndrome moteur de la démence précoce catatonique. Encéphale, décembre 1927.
- Claude, Borel et Robin.** — Démence précoce, schizophrénie et schizomanie. Encéphale, mars 1924.
- Claude, Bourguignon, Baruk.** — La chronaxie dans la démence précoce. Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris, vol. 97, 1927, p. 593.
- Signe de Babinski transitoire dans un cas de démence précoce. Revue Neurologique, juin 1927, p. 1078. — Encéphale, décembre 1927.
- Claude (H.) et Codet (H.).** — Syndrome des noyaux gris de la base et des voies extrapyramidales. Troubles psycho-moteurs atypiques. Société de Neurologie, 5 juin 1924.
- Claude et Rose.** — Etude clinique et anatomique d'une psychose toxi-infectieuse à forme catatonique, du type de la démence précoce. Rev. Neurol., 1908.
- Claus.** — Stupeur et catatonie. Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française. Bruxelles, 1903.
- Courbon et Bauer.** — Syndrome non démentiel de catatonie. Annales médico-psychologiques, février 1924.
- De Jong.** — Phénomènes rythmiques du système nerveux normal et malade. Revue Neurologique, mars 1928.

- De Jong et Baruk.* — Etude comparative expérimentale et clinique des manifestations du syndrome catatonique. *Revue Neurologique*, janvier 1929.
- Delmas-Marsalet.* — Les réflexes de posture élémentaires. Masson, Paris, 1927.
- Demole (V.).* — Catatonie expérimentale. *Revue Neurologique*, juin 1927, p. 861.
- Deny et Roy.* — La démence précoce, 1903.
- Dide.* — La démence précoce est un syndrome mental toxique infectieux subaigu ou chronique. *Revue Neurologique*, 1905.
- Divry.* — La catatonie. *Liège Médical*, n° 39, septembre 1928.
- Divry (P.).* — La catatonie. *Science médicale* du 31 octobre 1928.
- Dipry.* — Rapport de Psychiatrie. La catatonie. Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (XXXII^e session). Anvers, juillet 1928.
- Dromard.* — Etude clinique sur les stéréotypies des déments précoces. *Arch. de Neurol.*, 1905.
- Ermes.* — Ueber die Natur der bei Katatonie zu beobachtenden Muskelzustände. Th. de Giessen, 1903.
- Esquirol.* — De l'idiotie, t. II.
- Falret.* — Annales médico-psychologiques, 1861, n° 7.
— De la catalepsie. *Archives générales de Médecine*, juin et août 1857.
- Finzi (Jasopo).* — Isintomi organici della demenza precoce. *Riv. di Patol. nerv. e mentali*, 1900.
- Frankel.* — Ueber die psychiatrische Bedeutung der Erkrankungen der subcorticalen Ganglien und ihre Beziehungen zur Katatonie. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, 1921.
- Freusberg.* — Ueber motorische Symptome bei einfache Psychosen. *Arch. f. Psych.*
- Fungfeld.* — Uber histologische Untersuchungen des Thalamus bei Katatonie. *Klin. Wochenschrift*, 1924.
- Gosline.* — The role of tuberculosis in dementia proecox. *J. Lab. Clin. Med. St-Louis*, January and april 1919.
- Griesinger.* — Traité des maladies mentales, 1865 (Traduction Doumir).
— *Arch. f. psych.* I, fasc. 2.
- Guiraud.* — Conception neurologique du syndrome catatonique. *Encéphale*, 9 novembre 1924.

- Catatonie et syndrome extra-pyramidaux. Paris Médical, 15 octobre 1927.
- Guiraud et Daussy.* — Syndrome catatonique et lésions des noyaux gris centraux. Ann. médico-psych., février 1924.
- Guiraud et Szumlanski.* — Syndrome thalamique chez un dément précoce. Ann. Méd. psych., mars 1927.
- Guislain (J.).* — Leçons orales sur les phrénopathies. Gand, 1852, vol. I.
- Hecker.* — Communication faite au Congrès de Hambourg : Zur klinischen Diagnostik und Pronostik der psychischen Krankheiten. Zeitschr. f. Psych., 1877.
- Die hebephrenie. Arch. f. Path. Anat. und Psych., 1874.
- Heilbrunner.* — Über Haftenbleiben und Stereotypie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Vol. 48, 1905.
- Hinsen (W.).* — Die Kreatininausscheidung bei katatonen Muskelspannung. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1923.
- Hoch (A.).* — Problem of toxic infections psychoses. N. Y. State Hosp. Bull., nov. 1912.
- Hufler.* — Über die Katatonischen Anfälle. Jahresvers. des. deutsch. Vereins. f. Psych., Berlin, 1908.
- Jahrmarker.* — Zur Frage der Dementia Proecox. Marholdt-Halle.
- Jensen.* — Die Katatonie. All. Encycl. zur Wissensch. und Kunst. Ersch und Gruber.
- Jouchtchenko.* — Katatonieähnliche symptome bei Hunden mit castinpiarter Childdruse. Rev. f. Psych., 1910, XV, Zeitsch. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1910, Referale I.
- Kahlbaum.* — Die Gruppierung der psychischen Krankheiten, Dantzig, 1863.
- Die Klinisch diagnostischen Gesichtspunkte der Psychopath., 1878. Klinische Vortragen, Volkmar.
- Zeitschr. f. Psych., 1889, S. 461.
- Die Katatonie oder das Spannungs Irresein. Berlin-Hirschwald, 1874.
- Kanavel, Pollock et Eustace.* — Advisability of thyroidectomy in catatonic dementia proecox. Illin. med. Journ., sept. 1909. — Journal American Medical Association, 1909.
- Kartouzou.* — La catatonie. Thèse de Paris, 1925.
- Kiernan.* — Alienist and neurologist, 1882-1884.

- Kleist.** — Gegenhalten (motorischer Negativismus) Zwangsgreifen und Thalamus opticus. Frankfurter Ges. f. Neur. u. Psych., 23 juin 1926.
- Kraepelin.** — Psychiatrie, 6^e édition.
- Zur Diagnose und Prognose der Dementia praecox. All. Zeitschr. f. Psych., Bd. 56.
 - Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Arch. f. Psych., Bd XI, XII, etc.
- Kretschmer.** — Psychologie médicale, 1927.
- Lagriffe.** — Recherches de physiologie pathologique sur les troubles des mouvements dans la D. P. Revue de Psych. et de Psychol. expér., vol. 17, 1913.
- Lange (J.).** — Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen, Springer, Berlin, 1922.
- Latron.** — Des états cataleptiques dans les infections et dans les intoxications. Thèse de Paris, n° 279, mars 1901.
- Lautier.** — Le démemberement de la démence précoce. Ann. méd. psych., avril 1924.
- Lehman.** — Zur Pathologie der Katatonen Symptomen. All. Zeitschr. f. Psych., 1898. — Revue Neurologique, 1899.
- Lhermitte.** — Les syndromes physio-pathologiques du corps strié. Paris Médical, nov. 1920.
- Lotmar.** — Die Stammganglien und die extra pyramidal motorischen syndrome, 1926.
- Lundborg.** — Eine Hypothese betreffend die Natur des Katatonischen Symptomenkomplex. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 1905.
- Beitrag zur klinischen Analyse des Negativismus bei Geisteskranken. Centralbl. f. Nerv. u. Psych., 1902.
- Lwoff et Targoula.** — Dissociation psychique et échopraxie. Ann. méd. psychol., 29 mai 1916.
- Mairet et Margarot.** — La démence précoce, 1920.
- Masoin (Paul).** — Remarques sur la catatonie. Journ. de Neurologie, 1902.
- Masselon.** — Psychologie des déments précoces, 1902.
- La démence précoce, 1904.
- Meynert.** — Klinische Vorlesungen über Psychiatrie, 1890. Braumüller Wien.
- Mignot.** — Les troubles pupillaires dans quelques maladies mentales. Thèse de Paris, 1900.

- Moravitz.** — Die Katatonie. Congrès de Budapest, 1905.
— Klinische Mischformen van Epilepsie und katatonie. Inaug. dissers., Zurich, 1900.
- Mucha.** — Ein Fall von Kat. im Anschluss an die erste Menstruation. Neurol. Cent., 1902, n° 20.
— Beit. zur Kenntniss der Katat. All. Zeit. f. Psych., 1898, Bd. 55.
- Muller (August).** — Periodische Katatonien, 1900.
- Nauomoff.** — Katatonia. Arch. de Psych. (russe), t. VII, 1891.
- Naville (F.).** — Les centres psychiques sous-corticaux polien-céphaliques. Arch. de psychologie, n° 73, février 1924.
- Neisser.** — Ueber Verbigeration. A. Zeit. f. Psych., Bd. 46.
— Ueber die Katatonie. Stuttgart. Enke, 1887.
- Ostermayer.** — Katatonie. Deutscher Arch. f. Kl. Mod. Bd. 48, 1891.
- Pascal (Mlle).** — La démence précoce, 1911.
- Pforringer (O.).** — Zum Wesen des Katatonischen Symptomenkomplex. Monatssehr. f. Psych. u. Neurol., 1911.
- Pinel.** — Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale, 1809.
- Reboul-Lachaux.** — Thèse de Montpellier, 1921.
- Rédalié.** — Encéphale, sept.-oct. 1928.
- Rosanoff (A.-J.).** — Exciting causes in psychiatry. Am. J. Insan. Utica, New-York, 1912.
- Roubinovitch.** — Des variétés cliniques de la folie, 1896.
- Rust.** — Ueber die Katatonie. Inaugur. Diss., Berlin.
- Santenaise.** — Essai de diagnostic biologique des états d'excitation et de dépression. Journ. Méd. Français, mai 1924.
- Saussure (De).** — Encéphale, février 1924.
- Schiff.** — Quelques travaux récents sur les lésions du système nerveux central dans la démence précoce catatonique. Encéphale, juillet-août 1924.
- Schneider (K.).** — Ueber das Wesen und Bedeutung Katatonischer Symptome. Zeitschr. f. d. Ges. Neurol. u. Psych., 1914.
- Schule.** — Traité clinique des maladies mentales. Trad. Dagonet et Duhamel.
— Handbuch der Psychiatrie, 1878.
— Klinische Psychiatrie. Leipzig, 1876, 1880, 1886.
— Zur Katatoniefrage. All. Zeitschr. f. Psych., Bd. 54, 1898.

- All. Beitrage zur Katatonie. All. Zeitschr. f. Psych., Bd. 58, 1901.
- Séglas*. — Démence précoce et catatonie. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, n° 4, juillet-août 1902.
- Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1895.
- Arch. de Neurologie, n°s 37, 38 et 39.
- Séglas et Chastin*. — La catatonie. Arch. de Neurologie, 1888, t. XV et XVI.
- Serbsky*. — Ueber die unter dem Namen Katatonie geschilderten Psychosen. Centralbl. f. Nerv. u. Psych., vol. 14, 1891.
- Sérieux (Paul)*. — La démence précoce. Revue de Psychiatrie, juin 1902.
- Skliar*. — Psychoses dans les maladies infectieuses, particulièrement dans la typhoïde et la fièvre récurrente. Monatschr. f. Psych. u. Neurol., Berlin, 1922.
- Steck (H.)*. — Les syndromes extra-pyramidaux dans les maladies mentales. Arch. suisses de Neurol. et Psych., vol. 19 et 20, 1927.
- Stransky*. — Zur Lehre von den aphasischen, asymbolischen und Katatonen Störungen bei Atrophie des Gehirns. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., 1903.
- Strecker (E.-A.)*. — The precipitant situation in 200 cases of mental disease. Am. Journ. Psychiatry. Balt., 1922.
- Tamburini*. — Sulla catatonìa. Riv. sp. di fren., 1886.
- Trepsat*. — Les troubles physiques dans la démence précoce hétérophrénocatatonique. Paris, 1905.
- Vogt*. — Zur Psychologie der Katatonischen Symptome. Cent. für Nerv. und Psych., 1902, juli, Bd. XIX.
- Voisin (J.)*. — Mélancolie avec stupeur à forme cataleptique. Arch. de Neurologie, 1886.
- Von Leupold*. — Zur Symptomatologie der Katatonie. Sommer's Klinik., 1906.
- Von Muralt*. — Katatonische Krankheitsbilder nach Kopfverletzungen. All. Zeitsch. für Psych., 1900, Bd. 57, p. 457.
- Wernicke*. — Grundriss f. der Psychiatrie, 1900.
- Westphal*. — Arch. f. Psych., vol. 14, 1883.
- Ueber die Verrücktheit. All. Zeitschr. f. Psych., B. XXXIV, 1877.
- Westphal (A.)*. — Über wechselnde Pupillenstarre (Spasmus mobilis) bei Katatonie und Encephalitis epidemica. Vers. d. deutsch. psych. Vereins. Bonn., juillet 1924.
- Wolfer*. — Dementia proecox studies. Chicago, 1920.

TYPHOÏDE

- Audemard.* — Thèse de Lyon, 1898.
Bernheim. — Suggestion et ses applications à la thérapeutique, 1891.
— De l'attitude cataleptiforme dans la fièvre typhoïde. *Bulletin Médical*, 19 janvier 1896.
Courtois-Suffit. — Soc. Méd. Hôp., juillet 1925.
Devaux et Logre. — Délires guerriers. *Presse médicale*, septembre 1915.
Dufour. — Catalepto-catatonie au cours de la typhoïde. *Revue Neurologique*, 15 novembre 1900.
Le Maître. — Contribution à l'étude des états cataleptiques dans les maladies mentales. Thèse de Paris, 1895.
Porot. — *Tunisie Médicale*, août 1913.
Remlinger. — Délire aigu rabiforme d'origine typhique. *Paris Médical*, juillet 1921.
Simon (Max). — De la folie consécutive à la typhoïde. *Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales*, 1844.

GRIPPE

- Chour.* — Syndrome confusionnel avec catatonie au cours de la grippe. Thèse de Genève, 1919.
Claude. — Troubles nerveux et mentaux consécutifs à la grippe. *Ac. Méd.*, 22 avril 1919.
Fell (E.-W.). — Postinfluenzal psychoses. *J.A.M.A.*, Chicago, 1919.
— Psychoses accompanying influenza. *Boston M. et S.J.*, 1920.
Gilles. — *Annales Médico-Psychologiques*, 25 nov. 1918.
Harris (A.-G.) and Corcoran (D.). — Psychoses following influenza. *State Hospital Quart.*, Utica, august 1919.
Jelliffe (S.-E.). — Nervous and mental disturbances of influenza. *N. York M. J.*, oct. 26, nov. 2 and 9, 1918.
Kahlbaum (K.). — A propos de la casuistique de la catatonie. *Zur Kasuistik der Kat.* *Monatsschrift für psychiatrie und neurologie*. Juli 1902.
Lemierre. — *Gazette des Hôpitaux*, 6 mars 1919.
Menninger (K.-A.). — Psychoses associated with influenza. *J. A. M. A.*, Chicago, 1919.
— Psychoses associated with influenza. *Arch. Neurol. et Psychiat.*, Chicago, 1919.

- Influenza psychoses in successive epidemics. *Ibid.*, 1920.
- Porot et Hesnard.* — Paris Méd., 23 août 1919.
- Riese, Walther.* — Troubles psychiques après la grippe espagnole. *Neurol. Centralbl. Leipz.*, nov. 1, 1918. Abstr. in *J. Nerv. et Ment. Dis.*, N. Y., 1922.
- Sandy (W.-C.).* — The association of neuropsychiatric conditions with influenza in the epidemic of 1918. *Arch. Neurol. et Psychiat.*, Chicago, 1920.
- Schlessinger (A.).* — Des délires infectieux au cours de la grippe. *Rev. Méd. de Suisse Rom.*, Lausanne, avril 1919.
- Waterman (C.) and Folsom (R.-P.).* — Psychoses associated with influenza. *State Hosp., Quart.*, 1919.

INFECTION PUERPERALE

- Aschaffenburg.* — Ueber die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen. *Allg. Zeit. für Psych.* Bd. LVIII, p. 337 et 487.
- Codet et Mlle Badonnel.* — *Journal Médical Français*, mai 1924.
- Dupouy (R.).* — Thèse de Paris, 1904.
- Rochaix.* — Thèse de Lyon, 1913.
- Strecker et Ebough.* — *Arch. of Neurology and Psychiatry*, 1926, n° 2.

SYPHILIS

- Abély (X.).* — Paralyse générale et démence précoce. *S. C. M. Mentale*, mars 1925.
- Almeida (W. de).* — Cas de syphilis cérébrale type schizophrénique variété catatonique. *Archivas Brasileiros de Neuriatria e Psichiatria*, juillet-sept. 1919.
- Alzheimer.* — Die syphilitischen Geistesstörungen.
- Antheaume et Trepsat.* — Paralyse générale et catatonie. *Encéphale*, mai 1920.
- Arnaud, Laignel-Lavastine.* — *Encéphale*, 1913.
- Aschaffenburg.* — Die Katatonie-Frage. *Allg. Zeitschr. für Psych.*, t. LIV, f. 6.
- Barbé.* — Les troubles mentaux des syphilitiques. *Presse Méd.*, 7 juillet 1920, p. 454.

- Les limites du diagnostic de la paralysie générale. Semaine des Hôpitaux, 30 juin 1927.
- Bolten.* — Un cas remarquable de syphilis cérébrale. *Nederl. Tidschr.*, v. Gincesk, 1923, t. I, p. 874.
- Borel, Ceillier.* — Encéphale, mars 1914.
- Capgras, Morel.* — Soc. clin. Méd. ment., juillet 1918.
- Carette.* — P. G. des vieillards. Thèse, 1925.
- Paralysies générales prolongées et stationnaires. S. C. M. M., avril 1924.
- Carette et Lamache.* — Syphilis cérébrale précoce. Soc. clin. de Méd. mentale, 18 mai 1925. R. N., 1925, II, p. 253.
- Cassirer.* — Tabes u. psychoses, 1913.
- Ceillier.* — Troubles mentaux d'origine syphilitique en dehors de la P. G., 1923.
- Christian.* — Des difficultés que présente le diagnostic de la P. G. *Annales Méd. psych.*, 1884.
- Claude.* — P. G. et schizophrénie. *Pratique méd. Fr.*, mars 1928.
- Paralysie générale et schizophrénie. S. de Méd. ment. de Belgique, 29 oct. 1927.
- Psych. paranoïdes. Encéphale, 1924.
- Claude et Scheffer.* — Encéphale, 10 août 1911.
- Claude, Targowla, Cénac et Lamache.* — Présentation de paralytiques généraux guéris par la malariathérapie. Soc. Méd. psy., novembre 1928.
- Doutrebente.* — Th. Paris, 1870.
- Doutrebente, Marchand.* — Soc. méd. psych., mai 1903.
- Dupont.* — Démences précoces syphilitiques. Thèse de Paris, 1929.
- Eisath.* — Frühform der Dementia paral. *Monatsschr. für Psych.*, t. XVI.
- Fischer.* — Die Lues-Paralysie-Frage. *Allg. Z. f. psych.*, t. LXVI, c. 2.
- Fournier.* — La syphilis du cerveau. Paris, 1879.
- Foville.* — Contribution à l'étude des rapports entre la syphilis, la P. G., difficultés de distinguer la P. G. de certaines altérations syphilitiques du cerveau.
- Gerstmann.* — De l'influence de la malaria sur la paralysie progressive. *Zeitschrift für psychiatrie.*
- Gordon.* — Syphilis conjugale du système nerveux. *American J. of Syphilis*, avril 1921.

- Nouvelle contribution au problème de la syphilis nerveuse conjugale. *American J. of syphilis*, avril 1926. R. N., 1926, II, p. 356.
- Greene (R.-A.)*. — Dementia praecox and Syphilis. *Am. J. Psychiat.*, Balt., 1922.
- Guiraud*. — Polymorphisme de la syphilis encéphalique. *Annales médico-psychol.*, octobre 1925. R. N., 1925, II, p. 822.
- Haffner*. — Katatonie Symptome bei progress. Paralyse. *Zeitschr. für die ges. Neurol. u. Psych.*, vol. LXVIII, p. 160.
- Haquetstein*. — Thèse de Nancy, 1894.
- Hagueneau*. — Le syndrome humoral de la paralysie générale. Thèse de Paris, 1920.
- Hoche*. — Dans le traité d'Aschaffenburg.
- Hoven*. — La syphilis dans les affections mentales. *Bull. de la Soc. clinique Méd. mentale*, p. 16, n° 4, p. 129, avril 1923.
- Ilberg*. — Die Bedeutung der Katatonie. *Allg. Zeitung f. Psych.*, t. LV, c. 4.
- Jacquin*. — Les syphilo-psychoses. Thèse de Lyon, 1899.
- Jakob*. — De la paralysie stationnaire. *Zeitschrift f. Psychiatrie*.
- Jakob (A.)*. — Über die endarteritis syphilitica der Kleinen Hirnrindengefäße, et Zur Klinik und pathologischen-Anatomie der stationnären Paralyse. *Zeitschr. für die ges. Neurologie u. Psychiatrie*, t. LIV.
- Jallet*. — Thèse de Paris, 1911.
- Knecht*. — Über die katatonischen Erscheinungen der Paralyse. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, vol. XLII, f. 4, 1886.
- Kottgen*. — Thèse de Zurich, 1899. Klinische Katatonien, etc.
- Laignel-Lavastine et Barbé*. — D. P. Syphilitique. Société de Psychiatrie, 1913.
- Larson, G. Lorrain*. — A study of some cases diagnosed as paresis in Wassermann ways. *Journal of Nervous and mental diseases*, 1916.
- Lecordonnier*. — Thèse de Lille, 1889.
- Leroy et Guiraud*. — Syphilis encéphalique prolongée avec examen histologique. *Soc. clin. de Méd. mentale*, 21-mars. R. N., 1927, I, p. 553.
- Leroy et Rogues de Fursac*. — Un ménage de syphilitiques, paralysie générale et démence précoce. *Soc. clin. de Méd. mentale*, 20 janvier 1913.

- Lhermitte.* — Les P. G. prolongées. Le syndrome humoral de la P. G. Encéphale, 20 janvier 1921, p. 33.
- Maelzer (G.).* — Zur katatonischen Form der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych., vol. LVII.
- Maillard, Alajouanine.* — Encéphale, mars 1914.
- Maillard et Le Maur.* — P. G. précoce avec suggestibilité d'apparence catatonique. Soc. de Psych., 21 déc. 1911.
- Marchand.* — Du rôle étiologique de la syphilis dans les psychoses. Rev. psych., 31 mai 1905.
- De la démence précoce chez les syphilitiques. Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes. Paris, 1925.
- Démence précoce syphilitique. Soc. clinique de Médecine mentale, 16 mars 1925.
- Marcus.* — Les psychoses syphilitiques aiguës. Revue Neurologique, juillet 1920.
- Marie.* — Douze cas de syphilis neurotrope conjugale ou paraconjugale. Bull. de la Soc. clinique de Méd. mentale, juillet 1923, p. 209.
- Mattauschek.* — Ein seltener atypischer Fall von progressiven Paralyse. Jahrb. f. Psych., vol. XLIX, f. 1.
- Mendel.* — Die progressive Paralyse der Irren, p. 110.
- Nacke.* — Über katatonische Symptome in Verlauf der Paralyse bei Frauen. Allg. Zeitschr. f. Psych., vol. XLIX, f. 1. Über atypische Paralysen.
- Nissl.* — Histologische u. Histopathologische Arbeiten. 1904.
- Nonne.* — Syphilis u. Nervensystem.
- Obregia et Urechia.* — Lucrarile laboratorului si clinicei mintale din Bucuresti, 1919.
- Parant.* — Thèse de Paris, 1921.
- Paris.* — Leçons de Psychiatrie, 1905.
- Pascal.* — Formes atypiques de la P. G. Thèse Paris, 1905.
- La démence précoce.
- Forme paranoïde de la P. G. Encéphale, 1914.
- Pilcz.* — Wiener medizinische Wochenschrift, 1908.
- Plaut.* — Monographien aus dem gesamtgebiete der Neur. und psych. Heft 6, 1913.
- Puillet.* — Soc. clin. Méd. ment., 1914.
- Rédalié.* — Syphilis cérébrale et psychoses. Arch. Suisses de Neurol. et de Psychiat., II, fasc. 2, 1922.
- Remond, Voivenel.* — Encéphale, 1919.

- Ribeiro, Courado.* — Etude clinique sur la forme schizophrénoïde de la syphilis cérébrale. *Archivos Brasileiros de Neuratria Psychiatria*, t. 3, n° 34, juillet-décembre 1921.
- Roubinovitch et Levaditi.* — Rôle de la syphilis dans l'étiologie de la démence précoce. *Soc. de Biologie*, 29 mai 1909.
- Sagel (W.).* — Uber einen Fall von endarteritischer Lues der Kleinen Hirngefäße. *Zeitschr. für ges. Neurol. u. Psych.*, t. XVI, p. 367.
- Saillant (Fav.).* — Encéphale, 1908.
- Salomon (Jean).* — Th. Paris, 1912.
- Schroder.* — Katatonie-Zustände bei progressiver Paralyse. *Monatschr. f. Psych.*, vol. XL, f. 1.
- Schule.* — Klinische Beiträge zur Katatonie Frage.
- Séglas.* — Leçons cliniques, 1895, p. 276.
- Serin (Mlle).* — Les formes paranoïdes de la P. G., Thèse de Paris, 1926.
- Targowla.* — Annales de Médecine, sept. et oct. 1923.
- Trenel.* — Thèse de Paris, 1894.
— *Soc. clin. méd. ment.*, 1909 et 1911.
- Truelle et Prugniaud.* — Délire mélancolique et syphilis cérébrale (*Soc. clin. de Méd. mentale*, 21 juin 1926).
- Urechia.* — Sifilis al vaselor mici (1920).
- Urechia et Rusdea.* — Les formes schizophrénoïdes de la syphilis du cerveau (*Encéphale* 1921).
- Vallon, Laignel-Lavastine.* — *Encéphale*, 1911, 55.
- Vigouroux, Leroy.* — *Soc. clin. méd. ment.*, 1911.
- Villaverde.* — Hallucinoze de Plaut et syndrome schizophrénoïde chez les syphilitiques. *Arch. Neurobio.*, Madrid, sept. 1920.
- Von Steek.* — Syndromes extrapyramidaux dans les maladies mentales (*Arch. Suisses de Neurologie et Psychiatrie*, fasc. II, 1926, Zurich).
- Willmanns u. Rancke.* — *Nissl Beiträge* t. I.
- Wollemberg.* — *Archiv. für Psychiatrie*, t. XXVI, f. 2, et dans son livre.
- Zahrmarker.* — Zur frage der Dementia precox. Halle, 1903.

PALUDISME

- Allodo.* — Rep. Méd. 1910.
- Cardamatis.* — Les troubles psychiques dans le paludisme. Progrès Médical, 1901.
- Chabal.* — Thèse de Bordeaux, 1897.
- Chavigny.* — Complications nerveuses et mentales du paludisme. Congrès de Tunis, 1912.
- Collineau.* — Impaludisme et troubles psychiques (Rev. mens. de l'école d'anthropologie de Paris, 1898).
- Commeleran.* — Névroses et paludisme. Thèse de Bordeaux, 1902.
- Doutrebente.* — Psychoses du paludisme. Ann. méd. chir. du Centre, 1906.
- Forli.* — Boll. de della Soc. Lancis deg. osp. di Roma, 2, 1907.
- Granda.* — Réf. méd. ch. XXV, n° 41, oct. 1909.
- Hesnard.* — Les psychoses palustres prolongées. XXII^e Congrès des Aliénistes, Tunis, avril 1912.
- Le diagnostic différentiel des délires paludéen et éthylique (Journal de Médecine de Bordeaux, 1912).
 - Polynévrite paludéenne et troubles psychiques. Tunisie méd. 1911.
- Jovanoff.* — Démence d'origine palustre. Gaz. hebdomadaire, 1876.
- Katsaras.* — Pseudo-démence catalonique de nature paludéenne. Arch. Méd. d'Athènes, 1910, n° 12.
- Valeur diagnostique et pronostic des symptômes cataloniques. C. Amsterdam 1906.
 - C. de Budapest, août 1909.
- Laurès.* — Thèse de Bordeaux, 1907.
- Lefaucheur.* — Thèse de Montpellier, 1913.
- Lemanski.* — Troubles psychiques chez les paludéens (Bulletin de l'Hôpital Civil Français de Tunis, octobre et novembre 1902).
- Lemoine et Chaumier.* — Troubles psychiques dans l'impaludisme. Annales médico-psychologiques, 1887.
- Marandon de Montyel.* — Les troubles mentaux dans l'impaludisme. Revue de Médecine, juillet 1903.
- Contribution à l'étude clinique des rapports de l'impaludisme et de l'alcoolisme. Ann. méd. psych., 1893.
- Mathieu.* — Soc. fra. cult. scienc. méd. et nat. di Caghari, juin 1910.
- Mousseos.* — Le paludisme larvé, Paris, 1910.

- Oekonomakis.* — Contribution à l'étude des psychoses malariques. Arch. Méd. d'Athènes, 1911.
- Pasmanik.* — Psychoses malariques (Wiener Med. Wochenschr. Mars 1897).
- Pensini et Forli.* — Boll. Roma, 1907.
- Porot.* — Lyon Médical, 10 mai 1920.
- Tunisie Médicale, 1913.
- Porot et Guttman.* — Les Psychoses du paludisme. Paris Médical, 29 décembre 1917 et 30 mars 1918.
- Régis.* — Précis de Psychiatrie, sixième édition, p. 789.
- Rouz.* — La folie par infection palustre. Montpellier, 1904-1905.
- Ruzmo.* — Réf. Méd. 11 juillet 1910.
- Sebastian.* — Mélancolie et manie, suites de fièvres intermittentes. Journal d'Hufeland, 1821. Analyse dans Ann. Méd. Psych. 1844.
- Sorovikoff.* — Infection pal. dans les maladies mentales. Journal Médical de Kazan, 1901.
- Trikanadsé.* — Troubles psychiques d'origine paludique. Gaz. Hôp. Décembre 1899.

ENCEPHALITE EPIDEMIQUE

- Achard.* — L'Encéphalite léthargique, 1921.
- Alamartine (Antoine).* — Différentes modalités du début et de la fin de l'Encéphalite épidémique. Thèse de Paris, 1920.
- Ballet (Gilbert) et Gallais (A.).* — Etat confusionnel simulant la démence précoce. Encéphale, 1912).
- Barbé et Lévy-Valensi.* — Catatonie sans démence ni délire. Encéphale, 1912.
- Bernadou.* — Deux cas d'hébéphrénie ayant débuté par une pyrexie. Soc. clin. méd. ment. 19 mars 1923.
- Bostrøm (A.).* — Encephalitische und Katatonie Motilitätsstörungen. Klin. Wochenschrift, 1924.
- Briand et Rouquier.* — Un cas d'ébauche d'hébéphréno-catatonie (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, juin 1920).
- De l'origine infectieuse ou toxinique probable de certains troubles moteurs du type anorganique. (Presse Médicale, 14 juillet 1920).
- Chavigny et Gelma.* — Prodromes psychopathiques de l'encéphalite épidémique. Bulletin de l'Académie de Médecine, n° 30, 1921.

- Claude (H.)*. — Troubles mentaux de l'Encéphalite épidémique. Société de Psychiatrie, séance du 15 juillet 1920.
- Suites éloignées de certains troubles mentaux post-encéphalitiques. Société Médico-Psychologique, séance du 27 février 1922.
- Claude (H.) et Schaeffer*. — Syndrome parkinsonien post-encéphalitique avec lésions cellulaires nigriques et pallidales sans gainite périvasculaire. (Encéphale, 1923, n° 2).
- Dandlo (R.)*. — Le diagnostic différentiel de la stupeur encéphalitique et des autres formes de la stupeur. Thèse manuscrite, 1921, Analyse dans Encéphale, 1922, n° 5.
- Dery et Klippel*. — Encéphalite épidémique et apparence de démence précoce. Revue Neurologique, 4 avril 1922.
- Dide, Guiraud et Lafage*. — Attitudes parkinsoniennes dans la démence précoce. Revue Neurologique, 1920.
- Guillain (C.) et Cardin (Ch.)*. — Syndrome parkinsonien hypertonique et catatonique avec glycosurie consécutif à une encéphalite léthargique. (Société Médicale des Hôpitaux, 13 mai 1921).
- Guiraud et Ey*. — Syndrome hébéphrénocatatonique mortel. Soc. clin. méd. ment. juillet 1926.
- Harmand (G.)*. — Troubles psychiques de l'encéphalo-myéélite épidémique. Thèse de Bordeaux, 2 juin 1920.
- Kahn (P.)*. — Deux observations de syndrome psychique consécutif à une encéphalite léthargique. Soc. de Psych. 21 avril 1921.
- Kahn et Benda*. — Un cas de catatonie par encéphalite léthargique (Soc. de Psychiatrie, 17 novembre 1921).
- Laignel-Lavastine et Logre*. — Hébéphrénocatatonie et encéphalite léthargique. (Soc. de Psychiatrie, 17 juin 1920).
- Logre*. — Deux cas d'encéphalite léthargique avec syndrome psychique ressemblant au syndrome hébéphrénocatatonique. (Soc. de Psych. 17 juin 1920).
- Masquin*. — Syndrome catatonique post-névralgique. Bull. de la Soc. clin. méd. ment., juillet 1927).
- Menninger*. — Post encephalitic manifestations. J. A. M. A. Chicago, 1923.
- Epidemic encephalitis. J. Kansas M. Soc. Topeka, may 1922.

- Padeano.** — Le syndrome hétéphrénocatatonique dans l'encéphalite épidémique. Thèse de Paris, 1923.
- Petit (G.).** — Forme mentale prolongée, oscillante, rémittente et intermittente de l'encéphalite épidémique. (Soc. de Psych., 21 avril 1921).
- Encéphalite léthargique et délire aigu. Remarques cliniques sur neuf cas de délire aigu à symptômes mésocéphaliques. Ann. médico-psych., octobre 1920.
 - Les formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique. (Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux, 22 avril 1921).
 - La conscience de l'état pathologique dans les formes psycho-organiques de l'encéphalite épidémique. (Soc. de Psych., 27 avril 1922).
 - Dissociation psycho-organique, intermittences et périodicité au cours de l'évolution des formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique. (Ann. méd. psych., oct. 1921.)
 - Forme psycho-organique intermittente ou à éclipses de l'encéphalite épidémique. (Bull. de la Soc. de Méd. ment., 17 déc. 1921.)
 - Encéphalite épidémique ayant débuté par un syndrome hétéphrénocatatonique. (Soc. de Psych., 15 décembre 1921.)
- Recordier (M.).** — Contribution à l'étude des rapports entre l'encéphalite épidémique et la démence précoce. (Thèse de Montpellier, 1923).
- Steiner.** — Encephalitische und Katatonische Motilitätsstörungen. Zeitsch. f. d. ges. Neur. und Psych., vol. 78, 1922.
- Truelle et Petit.** — Troubles mentaux dans l'encéphalite léthargique. (Congrès des aliénistes et neurologistes, Quimper, 1922).
- Verger et Hesnard.** — Stupeur épidémique, 1919.
- Etat mental des bradykinétiques encéphalitiques. Congrès de Quimper, 1922.
- Widal, May et Chevalley.** — Encéphalite léthargique avec syndrome mental simulant la démence précoce. (Soc. méd. des Hôp., 25 juin 1920).

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Pages</u>
CHAPITRE PREMIER. — Historique. Définition. Plan.	9
I. Les états stuporeux avant Kahlbaum.	9
II. La conception de Kahlbaum et les critiques qui lui sont opposées.	13
III. La démence précoce et l'hébéphrénie.	20
IV. La catatonie et les idées de Kraepelin.	23
V. Les éléments du syndrome catatonique.	24
VI. Le syndrome catatonique et les maladies infectieuses.	27
CHAPITRE II. — Typhoïde.	31
CHAPITRE III. — Grippe.	61
CHAPITRE IV. — Infection puerpérale.	65
CHAPITRE V. — Syphilis.	73
CHAPITRE VI. — Paludisme.	151
CHAPITRE VII. — Encéphalite épidémique.	157
CHAPITRE VIII. — Considérations générales.	199
Conclusions.	205
Bibliographie :	207
Bibliographie générale. — Typhoïde. — Grippe. — Infection puerpérale. — Syphilis. — Paludisme. — Encéphalite épidémique.	

